Rocznik IX | Marzec-Kwiecień 1931 | Nr. 2

# POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIW. JANA KAZIMIERZA, POLIKLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU POZNAŃSKIECO, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSP. POLSKIEJ, POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.), SEKCJI POLSKIEJ MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.) ORAZ STAŁEJ DELEGACJI POL. ZJAZDÓW STOMALOGICZNYCH.

REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:
Naczelny redaktor: Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i piśmiennictwa: Dr. Henryk ALLERHAND. Admin.: Dr. Karol ATLAS.
ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5a, Nr. telefonu 11-75

V. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY WE LWOWIE OD 28. V.—1. VI. 1931.

## TREŚĆ:



## SOMMAIRE:





Cena niniejszego zeszytu 6 zł.
Prenumerata:
Rocznie (6 numerów) . . . 30 zł.
Półrocznie (3 numery) . . 15 zł.
Możliwość dopłaty zastrzega sobie Administracja w razie powiększenia kosztów produkcji.

Ceny dawniejszych roczników:
1923, 1924 wyczerpane
1925—1927 à . . . . 24 zł.
1928—1930 à . . . . 30 zł.
Księga pamiątkowa z r. 1923 } à 16 zł.
„ z r. 1928 }
Konto PKO „POLSKA DENTYSTYKA" 151.717.



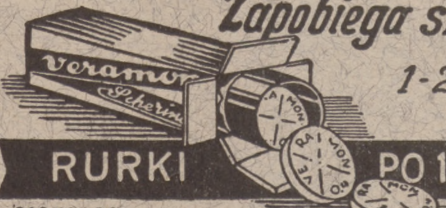
# Przeciw bólom

# Veramon

Pulpitis, periodontitis it.p.
bóle po zabiegach
i po założeniu arszeniku.

**Zapobiega skutecznie wszelkim bólom**

1-2 pastylki à 0,4g pro dosi




**RURKI PO 10 i 20 PASTYLEK à 0,4 g**

903 414 15

Próby i piśmiennictwo bezpłatnie.

**Wydział Naukowy Fabryk Chemicznych**
**SCHERING-KAHLBAUM A. G.**
**Oddział na Polskę, Warszawa, Jerozolimska 45, tel. 89-38**

**Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.**
10.) *Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.*

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI. LWÓW.

# O ZAKAŻENIU ROPNEM, ROPOWICACH SZCZĘKOWYCH I ICH LECZENIU. (Ciąg dalszy).

*De l'infection putride, des phlegmones périmaxillaires et de leur traitement.* (Suite).

**Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen und deren Behandlung.** (Fortsetzung).

Doc. pol. 19,2; 23,70—24,5; 27,1; 50,65; 50,72. Doc. int. 616,002; 576,8; 616,314.17,002.

## G. Ropowice szczękowe zagrażające życiu.

W rozdziałach poprzednich wspomniałem już kilkakrotnie, że sprawy ropowicze wychodzące od zębów zgorzelinowych i spraw zapalnych, mających swą siedzibę w szczękach, mogą spowodować bardzo groźne objawy




**Ryc. 81.** Przekrój strzałkowy przez głowę i szyję (z Tandlera i Sichera). — Naciek ropny w okolicy dna języka wywiera ucisk na nagłośnię.

a nawet zejście śmiertelne. Sprawy te wychodzą najczęściej od szczęki dolnej, rzadziej od szczęki górnej. Przyczyna złośliwego przebiegu może być uzasadniona bądźto warunkami topograficznemi podczas szerzenia się nacieków ropnych, bądźteż jadowitością drobnoustrojów, bądźteż ogólnem

wyczerpaniem organizmu chorego, który nie może zmobilizować dostatecznych sił obronnych.

Ciężkie powikłanie przy zajęciu przestrzeni międzypowięziowych w pobliżu gardła u podstawy czaszki stanowi:

I. Zajęcie dróg oddechowych:

a) wskutek przejścia sprawy ropnej w luźną tkankę okolicy nagłośni,

b) wskutek opadnięcia nacieku ropnego w przestrzeni gardzielowej przedniej ku dołowi, przyczem obrzęk gardła może zatamować drogi oddechowe, a następnie rozszerzyć się na okolicę śródpiersia (madiastinum).

II. Przejście sprawy ropnej na oczodół i jamę czaszkową.

III. Wywołanie ogólnego zakażenia wskutek przejścia drobnoustrojów i ich jadów w obieg krwi, wywołanie zapalenia żył zakrzepowego, lub też wskutek przejścia materjału zakaźnego w drogi limfatyczne.

Objawy duszności występują wskutek zajęcia górnych dróg oddechowych. Naciek ropny, gromadzący się bądźto między mięśniami dna języka (ryc. 60), bądźteż w przestrzeni podjęzykowej (ryc. 61 i 62), wywiera nacisk na nagłośnię i utrudnia albo uniemożliwia dostęp powietrza do tchawicy (ryc. 81). Przypadki te opisywano dawniej pod nazwą Angina Ludovici. Dochodzi do tego jeszcze naciek boczny z przestrzeni podżuchwowej, z której jak wspomnieliśmy, prowadzi droga do przestrzeni przygardłowej przedniej (ryc. 65 i 67).

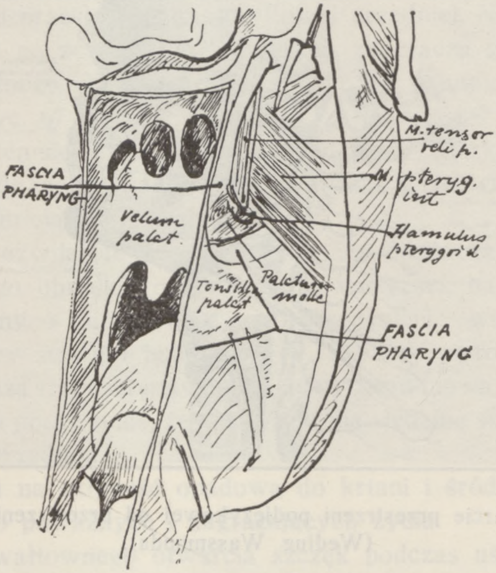
Naciek w przestrzeni przygardłowej przedniej, powstać może także po przejściu ropy w przestrzeń skrzydłowatą żuchwową, o ile obiera kierunek kuśrodkowy (ryc. 66 b), opadając zaś w dół wywiera z boku nacisk na nagłośnię. Klinicznie widzimy uwypuklenie się ściany bocznej gardła i okolicy migdałka, przyczem języczek podniebienny zbacza ku stronie zdrowej. Palcem wskazującym wprowadzonym do gardła możemy stwierdzić, jak daleko uwypuklenie ściany bocznej sięga. (Ryc. 82). (Przypadek VII).

Bardzo rzadko przebijają się ropnie wychodzące od kości szczękowej do okolicy zagardłowej, skąd opadają w dół do śródpiersia. Drogę tę obierają przeważnie te sprawy ropne, które wychodzą od migdałka gardłowego lub od kręgów szyjnych.

Objawy kliniczne, występujące przy zajęciu mięśni podstawowych języka jako i okolicy przygardłowej, opisałem już powyżej. Wspomnę tylko, że w pierwszym przypadku ruchy języka są utrudnione, a tem samem i mowa, przy zajęciu zaś przestrzeni przygardłowej przedniej, występują przedewszystkiem trudności w połykaniu. I skoro naciek zbliża się do na-

głośni występują oczywiście trudności przy oddechaniu, przyczem pojawić się może sinica. Najwygodniej oddycha chory jeszcze w pozycji siedzącej z przychyloną głową ku przodowi.

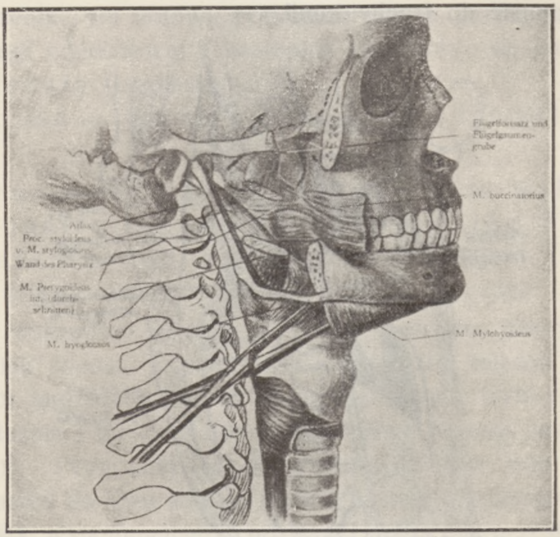
L e c z e n i e. Przy zajęciu przestrzeni między mięśniami dna języka wykonuje się głębokie nacięcie w linji środkowej pod brodą, sięgające od brody do kości gnykowej i wchodzi na tępo w głąb kleszczykami. Ryc. 71. Ulga następuje szybko, jeżeli otwarło się ropień, jeżeli zaś był tylko naciek ropowiczy, wymaga sprawa wielkiej czujności, gdyż objawy mogą się nawet powiększyć i zmusić do tracheotomji.




**Ryc. 82.** Powięź gardłowa. Wgląd do gardła po wycięciu tylnej ściany mięśnia zwierającego gardło. Ropnie w przestrzeni przygardłowej przedniej szerzą się wzdłuż tejże powięzi. Ku górze i ku przodowi przechodzi przestrzeń ta w przestrzeń skrzydłowato-podniebienną. Ropnie opadające wzdłuż bocznych ścian gardła, wywierają nacisk na krtań.

W razie zajęcia przestrzeni podjęzykowej (ryc. 61 i 62), przyczem istnieje wybitne uwypuklenie dna języka po danej stronie, otworzyć ją należy również i to wchodząc kleszczykami w głąb i w bok z tego samego cięcia w linji środkowej, o ile nie jest zajęta przestrzeń podżuchwowa. W razie zajęcia również przestrzeni podżuchwowej otwiera się przestrzeń podjęzykową cięciem pod krawędzią żuchwy. Jeżeli obrzęk zajmie całą okolicę podżuchwową i podbródkową a sprawa zajmuje przestrzeń podjęzykową stwarza się przez oba powyżej podane nacięcia połączenie, dając możność odpływu ropie w obie strony.

Przy rozległych ropniach okolicy podjęzykowej nie możemy polecić otwarcia ich od jamy ustnej. Możemy tą drogą wprawdzie otworzyć ognisko z cuchnącym rozpadem tkanki, nie otrzymujemy jednak dostatecznego odpływu dla ropy. Tworząc otwór do jamy ustniej nie otwieramy bowiem ogniska w miejscu najniższem. Dlatego otwarcie przestrzeni podjęzykowej z okolicy podżuchwowej jest bardziej celowe (ryc. 83 a). Unikamy przytem ciągłego dalszego zakażania rany od jamy ustnej przez dopływ śliny.




**Ryc. 83 a.** Otwarcie przestrzeni podjęzykowej od przestrzeni podżuchwowej. (Według Wassmunda).

Opisane są w piśmiennictwie przypadki, w których prowadzono cięcie wzdłuż brzegu trzonu żuchwy od okolicy trzonowych zębów z jednej strony aż do okolicy zębów trzonowych drugiej strony. (W a s s m u n d, L e m a i t r e i R u p p e). Nie widzę jednak w tem postępowaniu dostatecznego uzasadnienia.

Jeżeli istnieje niebezpieczeństwo z powodu braku dostępu powietrza, trzeba wykonać tracheotomję.

Przedewszystkiem należy jednak zdawać sobie dokładnie sprawę z tego, które przestrzenie są zajęte, otworzyć je należycie i założyć odpowiednie dreny.

Jeżeli się nie wykryło pierwotnego ogniska, należy zawsze myśleć o osteomyelitis; zbadanie prądem faradycznym zębów o wyglądzie zdrowym a dających wynik ujemny wskazuje na ognisko w żuchwie, które powinno być otwarte.

W razie niebezpieczeństwa życia należy przywołać wytrawnego chirurga, ażeby odpowiedzialność za dalszy przebieg sprawy chorobowej była podzielona; odnosi się to szczególnie do praktyki prywatnej. Przebieg dalszy tych spraw z gwałtownem pogorszeniem stanu może być bardzo szybki, a zejście śmiertelne może nastąpić od 3—6 dni. Dlatego nie należy z zabiegiem chirurgicznym zwlekać, o ile on jest celowy.

Nie należy zaniechać badania moczu na białko i cukier, zbadać obraz krwi i wykonać posiew. Wczesne zastosowanie wielowartościowych szczepionek daje pomyślne wyniki.

Trudności w oddechaniu, mogące przybrać obraz groźny, występują także przy zajęciu przestrzeni przygardłowej przedniej. Naciek ropny znajduje się wówczas po zewnętrznej stronie m. zwieracza gardła i wychodzi zazwyczaj od dolnego zęba mądrości, rzadko od ostatnich zębów trzonowych górnych (ryc. 67 i 65).

Przestwór ten sięga ku górze aż do podstawy czaszki, wypełniony jest luźną tkanką, w dół zaś prowadzi, tworząc boczną ścianę gardzieli, w pobliżu krtani a w dalszym ciągu do śródpiersia.

Ropowice rozwijające się w tejże okolicy odznaczają się tem, że nie tworzą widocznego obrzęku od strony zewnętrznej, natomiast powodują zazwyczaj wybitny s z c z ę k o ś c i s k. Wystąpienie więc szczękościsku bez zajęcia okolicy stawu i bolesności w okolicy wyrostka stawowego, któremu towarzyszą trudości połykania, niewyraźna mowa, ból w gardle, ból głowy i szyi budzi podejrzenie, że sprawa ta ma siedzibę swą w przestworze przygardłowym przednim.

Ze względu na skłoność opadową do krtani i śródpiersia, należy ta sprawa do bardzo poważnych i zagrażających życiu.

W razie gwałtownego otwarcia szczęk podczas uśpienia, może ona spowodować opadnięcie jej ku dołowi w okolice krtani.

Skoro uda nam się uzyskać wgląd przez jamę ustną, stwierdzić możemy obrzęk gardła, niekiedy szkarłatne zaczerwienienie lub podbiegnięcia krwawe, obrzęk łuków podniebiennych i języczka oraz jego zboczenie ku stronie zdrowej.

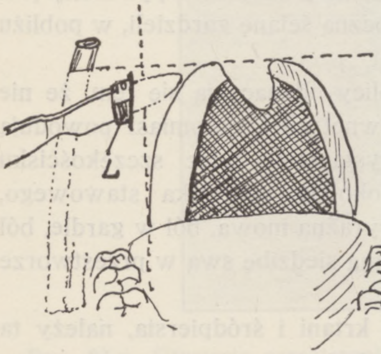
Język wykazuje grube naloty. Istnieje „foetor ex ore". Chory trzyma głowę nieruchomo przechyloną w stronę chorą. Ciepłota wynosi około 38° i powyżej. Stan ogólny jest bardzo ciężki wskutek niemożności odżywiania się, braku snu i silnych bólów w gardle i głowie. Oddech jest trudny wskutek pobocznego obrzęku krtani. Gruczoły podszczękowe danej strony zazwyczaj są zajęte, powiększone i bolesne.

Jeżeli ropień zajmuje okolicę za łukami podniebiennemi — wówczas występują bóle ucha.

Jeżeli bolesny jest nacisk na okolicę retromolarną, możemy przypuszczać, że w niej jest siedziba ogniska. Sprawy te mogą wystąpić następowo po już dokonanej ekstrakcji zęba mądrości jako powikłanie poekstrakcyjne — lub poinjekcyjne.

Jeżeli zaś przy istniejącym spastycznym szczękościsku nie znajdziemy przyczyny w szczękach ani po zbadaniu klinicznem, ani roentgenograficznem, należy szukać źródła w migdałku, od którego zakażenie najczęściej wychodzi.

Leczenie. Niedoświadczony w tychże sprawach niechaj najlepiej szuka pomocy wytrawnego laryngologa operatora a przedewszystkiem nie zwleka z decyzją. Przypadki te nie nadają się absolutnie do leczenia ambulatoryjnego, gdyż muszą być ciągle pod ścisłą kontrolą ·Wysoka ciepłota, stan ogólny poważny i subjektywne wyczerpanie, wymagają bardzo sumiennej i stałej opieki.




**Ryc. 83.** **Nacięcie ropnia gardłowego. Głębokość cięcia naznacza się na nożu leukoplastem. Linje orjentacyjne pomocnicze — pionowa : przedni łuk podniebienny, pozioma: wysokość sklepienia.**

W początkowych stanach możemy pomóc wstrzykiwaniami surowic — propidonu. Jeżeli przyjdzie do utworzenia się ropnia po 4—10 dniach, staje się on dotykiem wymacalny. Często otwiera się sam, a jeżeli to nie nastąpi, należy interweniować chirurgicznie.

Należy od strony gardła prowadzić prostopadłe cięcie wzdłuż łuku przedniego rozpoczynając na wysokości sklepienia łuków podniebiennych a trzymając się ściany bocznej łuku podniebiennego. Ryc. 83).

Prowadząc więc cięcie w tejże okolicy, należy ustalić dokładnie topografję tętnicy szyjnej wewnętrznej. Prowadzi się cięcie $1^1/_2$ cm głębokie, praktycznie jest oznaczyć sobie odległość tę przylepcem na ostrzu noża; jeżeli się ropa zaraz nie ukaże należy wejść głębiej na tępo zamkniętemi kleszczykami.

Powikłania mogą nastąpić także przy samoistnem otwarciu się ropnia wskutek nagłej zmiany ciśnienia na ścianę naczynia krwionośnego albo w związku z kiłą lub miażdżycą naczyń.

Nacinając można uszkodzić naczynia: A. tonsillaris, A. palat. ascendens, rzadziej A. pharyngea ascendens. Ropa może się przedostać z przestworu przedniego do przestworu boczno-gardłowego tylnego, może nastąpić i bezpośrednie obrażenie tamże położonej A. carotis interna.

W razie krwotoku wykonuje się po wystrzyknięciu rany rozczynem $H_2 O_2$ tamponadę gazą. Działanie hemostatyczne posiada gaza „Stryphnon". O ile nie zastanowi się tym sposobem krwawienia, należy podwiązać A. carotis communis, gdyż podwiązanie same tylko A. carotis externae nie wystarcza.

Po nacięciu następuje poprawa; seton wprowadzony do rany zazwyczaj przeszkadza w połykaniu. Jeżeli ciepłota nie opada, należy przypuszczać, że naciek opuszcza się w dół. Zazwyczaj jednak już dnia następnego gorączka opada, szczękościsk ustępuje i chory czuje się lepiej.

Jeżeli przy zmianie setonu występuje obficie ropa, może ona wychodzić jeszcze z górnych części tej przestrzeni, która to sięga aż do okolicy podczaszkowej — albo też ropa wycieka z dolnych części, gdzie się znajdowała pod wielkiem ciśnieniem. Czy faktycznie ropa osunęła się w dół, stwierdzić można dotykiem i to palcem wskazującym, który lepiej, aniżeli oko stwierdzi stan istniejącego obrzęku. Wywierając nacisk od dołu do góry na boczną ścianę gardła od wnętrza, wyciskamy ropę ku górze przez otwór nacięcia. Stan taki może się utrzymywać przez kilka dni. Jeżeli jednak stwierdzimy, że obrzęk opuścił się w dół, należy się mieć na baczności, gdyż niespodziewanie mogą wystąpić trudności w oddychaniu. Trzeba więc być przygotowanym każdej chwili na wykonanie intubacji albo tracheotomji, aby w krytycznej chwili móc uratować życie.

**Przypadek VII.** Blaust. Irena, lat 24. **Abscessus parapharyngeus anterior. Ryc. 84.**

Wywiady. Przed 5 dniami zrobiono na prowicji injekcję celem wyjęcia zęba dolnego. Nie próbowano jednak ekstrakcji. Gdy chora 2 noce bezsennie spędziła a obrzęk wystąpił silniejszy i bóle się wzmogły, udała się do Lwowa. Przed 2 dniami wyjął pewien lekarz dentysta ząb mądrości prawy dolny bez injekcji. Od 3 dni chora nie jada i nie śpi. Trudności wielkie w połykaniu. W nocy wydawało się chorej, że się udusi. W tym stanie zgłasza się do kliniki.

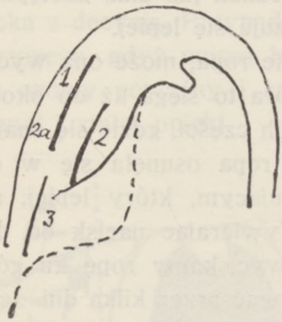
*Status praesens.* 7. I. 1928, godz. 16. — Pacjentka miernie odżywiona. Temperatura 38.5°; tętno 120. Obrzęk w okolicy podszczękowej prawej mierny — większy w okolicy kąta żuchwy, bolesny. Lekki naciek w okolicy m. żwacza. Szczękościsk na 1 cm. Silny foetor ex ore. Rozwieraczem można osiągnąć po 3 minutach rozwarcie szczęk na 3 cm. Po rozwarciu szczęk stwierdza się w ranie ekstrakcyjnej od $\overline{8|}$ zęba cuchnącą gazę długości 4 cm; na dnie ropa; wejście do rany małe. Prawa strona podniebienia miękkiego obrzękła, szkarłatna, języczek przesunięty, prawy łuk podniebienny znacznie obniżony. Ryc. 84.

Rozpoznanie. Ropień w przestrzeni przygardłowej przedniej z pierwotnem ogniskiem zakażenia w zębodole dolnego zęba mądrości.

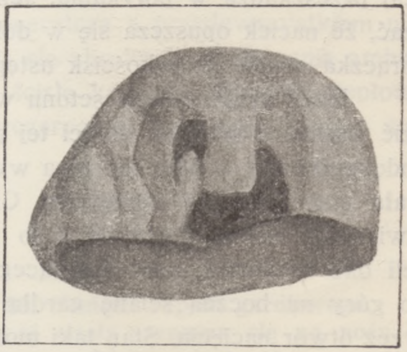
Leczenie. 7. I. Ol. camphori (2%) 2 gr. podskórnie. O godz. 7-mej wieczorem nacięcie ropnia pod chloretylem 1 cm od łuku podniebiennego cięcie 3 cm długie (Ryc. 84) Wypływa kieliszek ropy zielonawo-żółtej, silnie cuchnącej

Wypłukanie. Włożono do rany seton ca. 28 cm długi, $1^1/_2$ cm szerokiej gazy z kamfenolem; w ranę poekstrakcyjną również krótki seton z kamfenolem. Chora zostaje przeniesiona na Oddział kliniczny o $6^1/_2$ wieczorem, o godz. 7.30 temperatura: 39.5°. Godz. 9-ta wieczorem temp. 37.5° — okład na szyję z kwaśnej wody. Djeta: mleko — lemoniada — płókanie $P_4$.

8. I. 1928. godz. 6-ta rano. Temperatura 37,5° — tętno 96. Noc była bezsenna — na serce zimny okład — ucisk w gardle; godz. 8.30 szczękościsk jak wczoraj. Rozwarcie rozwieraczem do $3^1/_2$ cm. Wyjęto seton, mało ropny. Poniżej 1-go cięcia wyczuwa się naciek twardy, niżej położony. — Drugie nacięcie pod chloretylem. Ropy wychodzi niewiele. Przedłużenie o 1 cm cięcia 1., utorowanie w głąb drogi




Ryc. 84.



Ryc. 85.

**Ryc. 84.** Nacięcia ropnia wykonane w przypadku VII.

**Ryc. 85.** Wygląd gardła dzień po ostatniem nacięciu w przypadku VII. (Według akwarelowego rysunku).

na 5 cm kleszczykami i rozszerzenie rany nr. 1. Przestrzyknięcie: W 1-szą ranę seton 5 cm długi, w 2-gą ranę seton 20 cm długi (z kamfenolem). Seton wyjęty z rany ekstrakcyjnej nie cuchnie — nie widać ropy. Nowy seton 3 cm długi z kamfenolem. Obrzęk pod szczęką ustąpił. Zaordynowano: Płókanie $P_4$ — Veronal 0.5 — Djeta: mleko. Temperatura o godz. 20-tej 38°, o 24: 38.3°.

9. I. Naciek posuwa się dalej w dół i uwypukla się bardziej ku linji środkowej (Ryc. 84). Seton z dolnych części gardła bardziej przesiąknięty ropą. Wykonano cięcie nr. 3. poniżej dwóch pierwszych i założono seton. Wstrzyknięto 1 cm propidonu (I). Ropę posłano do badania bakterjologicznego. Ponieważ nie było stolców przez 2 dni chora otrzymuje rycynus. Działanie słabe; otrzymuje więc jeszcze hegar ze skutkiem.

Chora może oddychać siedząc w łóżku z przechyloną ku przodowi głową.

Bakterjologiczne badanie ropy z dnia 9. I. wykazało *streptococcus viridans i bacillus pseudodiphteriae.*

10. I. Temperatura 37.2°, tętno 132. Jeszcze wybitny naciek. Przy ucisku na okolicę przygardłową z dołu do góry wycieka z otworu nr. 3 naparstek cuchnącej płynnej ropy. Wystrzyknięcie rany. Chora czuje się subjektywnie dobrze. — Infus. fol. Digit. 0.5:150. Wieczorem temperatura 37.2°, tętno 84. Stan podmiotowy dobry. Ucisk w gardle ustąpił. Chora czuje się jednak bardzo osłabiona. Objektywnie: naciek w gardle staje się bardziej miękki, w okolicy zaś migdałka pozostaje jeszcze

twardy. Również twardy jest w okolicy gałęzi wstępującej żuchwy. Przy nacisku na okolicę przygardłową wykonanym od krtani ku górze, wycieka już płynniejsza ropa przez nacięcie nr. 3. — Okład wilgotny na gardło.

11. I. Stan jak dnia poprzedniego. Tętno stało się pełniejsze, regularne i wolniejsze. Zaprzestano dalszego podawania Digitalis. Wstrzyknięto 3 $cm^3$ propidonu (II). Temp. podnosi się z 37,2 na 38.5° — w następnych dniach opada o pół stopnia, wykazując zwyżkę w ciągu dnia o 0.8-1°; ciepłota opada do normy w ciągu następnego tygodnia.

12. I. W okolicy prawego trigonum retromolare utworzył się ropień, który nacięto, wystrzyknięto solą fizjologiczną; w ranę włożono gazę z maścią propidex.

14. I. Stan ogólny dobry. Ropy mniej. Wstrzyknięto poraz trzeci propidonu 3 $cm^3$.

16. I. Naciek przygardłowy staje się miękki. Nie widać ropy. Natomiast utrzymuje się jeszcze naciek wzdłuż gałęzi wstępującej.

24. I. Propidon (IV). 2 $cm^3$, koło migdałka jeszcze mały naciek. Utrzymuje się nadal szczękościsk.

25. I. Po zastrzyknięciu ostatniem propidonu bardzo słaba reakcja (różnica 0,2 stopnia).

26. I. Stan zapalny w gardle i w okolicy gałęzi wstępującej ustąpił. Ogólny stan chorej dobry. Szczękościsk II. stopnia. Poleca się wykonywanie ćwiczeń rozwierania szczęk przy pomocy klinu. Chora opuszcza klinikę. Temperatura 36,8. Leczenie kliniczne trwało 19 dni.

O tem, że z przestrzeni przygardłowej przedniej można spowodować odpływ ropy z górnych jej odcinków na zewnątrz przez nacięcie podżuchwowe, zaszczękowe i pod kością jarzmową, wspomniałem już poprzednio, mówiąc o cięciach, które się prowadzi na zewnątrz. Są one wtedy wskazane, jeżeli ropowice przygardłowe są połączone z zajęciem okolicy podżuchwowej w przestrzeni żuchwowo-skrzydłowatej lub przyusznicowej. Temi drogami nie można jednak odprowadzić ropy, jeżeli opadła w dół w kierunku krtani.

Podczas przebiegu sprawy chorobowej, odgrywającej się w przestrzeni przygardłowej przedniej, mogą nastąpić, o ile szerzą się ku górze, powikłania wewnątrz-czaszkowe; przestwór ten bowiem sięga do podstawy czaszki, gdzie istnieje bezpośrednia droga przez foramen ovale do mózgu, następnie jest połączenie żylne z żyłami w plexus cavernosus. Wobec tego wystąpić może ropień ekstraduralny, częściej skrzeplina w sinus cavernosus z objawami obrzęku powiek i łącznicy oka, wytrzeszcz gałki ocznej wskutek obrzęku pozagałkowego, nieraz i strabismus; niekiedy powstać może zakażenie ogólne — czyli pyaemia.

Powikłania te kończą się z reguły śmiertelnie.

Do grupy ropowic w przestrzeni przygardłowo-przedniej zaliczyć można także te przypadki, które w dawniejszem niemieckiem piśmiennictwie jeszcze przed dziesięciu laty opisywane były jako *ropowice retromaksylarne* czyli *pozaszczękowe*, a które prowadzą do bardzo ciężkich powikłań. Autorowie ci uważają za przestrzeń retromaksylarną okolicę zagłębienia

skrzydłowato-podniebiennego, ograniczoną na zewnątrz przez m. skrzydłowaty wewnętrzny i gałąź wstępującą żuchwy, ku tyłowi i ku górze przez mięsień skrzydłowato-zewnętrzny. (Perthes, Partsch, Stettner, Marchand).

Według mianownictwa nowoczesnego odpowiadałaby przestrzeni retromaksylarnej przestrzeń przygardłowa przednia i skrzydłowato-żuchwowa. Zakażenie może wyjść albo od szczęki górnej albo z żuchwy.

W pierwszym przypadku przychodzi zakażenie od $\underline{8 | 8}$ poza guzem szczękowym i rozwija się w zagłębieniu podniebiennem.

Chory skarży się na ból zębów trzonowych górnych — jeżeli zaś te nie wykazują żadnych zmian, sprawa wychodzi od błon śluzowych nosa i jam nosowych bocznych albo ciał obcych (n. p. kule postrzałowe).

W drugim przypadku od $\overline{8\ 7 | 7\ 8}$ albo od osteomyelitis żuchwy, przyczem ropa wychodzi przez wejście do canalis alveolaris inf., idzie wzdłuż m. skrzydłowatego wewnętrznego w górę aż do zagłębienia klinowo-podniebiennego.

Występuje szczękościsk, połykanie jest niemożliwe albo bardzo utrudnione, migdałki i boczna ściana gardzieli odsunięta jest do środka i zaczerwieniona szkarłatnie.

Z fossa pterygo-palatina przechodzi ropa pod mięsień skroniowy tworząc ropień skroniowy albo też przechodzi przez fissura orbitalis inferior do oczodołu, wywołuje tutaj sprawę ropną i zapalenie okostnej i zakrzep żyły oczodołowej. Przez przejście na jamę czaszkową powstać może zapalenie opon mózgowych (meningitis), wyjątkowo przebije się ropa do bocznej ściany gardzieli, możliwe to jest przez przebicie pochewki wielkich naczyń i opuszczenie się ropy wzdłuż szyi.

Przy ropowicy zaszczękowej istnieje możliwość powstania zapalenia żył zakrzepowego i posocznicy.

Leczenie. Partsch poleca otwarcie ogniska ropnego w zagłębieniu klinowo-podniebiennem przez wejście doń od strony policzkowej po resekcji łuku jarzmowego.

W przypadku opisanym przez Partscha (D. M. f. Z. 1900 str. 247) istniało lekkie uwypuklenie w okolicy kości jarzmowej, niekiedy występował szczękościsk, brak zaś było objawów wskazujących na ropienie z jamy szczękowej, w przewodzie nosowym nie było ropy. Za guzem szczękowym był otwór drożny dla grubego zgłębnika, przez który nie przechodziło powietrze z nosa, płyny wstrzyknięte i ropa wychodziły przez tylne nozdrza nosowe. Z powodu szczękościsku nie było można zbadać tylnej części jamy nosowej wziernikiem. Zgłębnik napotykał na ciało chropawe, ruchome w jamie. Przyczyną okazał się grubą warstwą pokryty ząb mądrości (zatrzymany) leżący w ropniu wypełnionym ziarniną. Po

zabiegu operacyjnym objawy ustąpiły. Nastąpiła poprawa. Po 5 tygodniach wystąpiła gorączka do 40°, bóle głowy, obrzęk okolicy skroniowej i dolnej powieki, obrzmienie spojówki gałkowej (chemosis), spojówki powiek i wytrzeszcz. Obraz kliniczny przypominał osteomyelitis szczęki górnej. Zrobiono nacięcie nad krawędzią dolną oczodołu. Wypłynęła czekoladowo zabarwiona ropa wzdłuż zewnętrznego kąta oczodołu. Nastąpiło więc przebicie przez szczelinę oczodołową dolną. Nie wydzielił się żaden martwiak — sprawa się zagoiła, obrzęk powieki się cofnął z pozostawieniem przetoki po stronie zewnętrznej powieki dolnej, a będącej w połączeniu z ropniem pierwotnym, mającym odpływ do jamy ustnej, co można było stwierdzić przestrzyknięciem. Od czasu do czasu bóle w karku i głowie, przemijające obrzęki okolicy skroniowej i jarzmowej, lekki wytrzeszcz gałki ocznej i dość obfity wypływ ropy z przetoki. Stan ten trwał 3 lata. Przyszło do porażenia zewnętrznego prostego mięśnia ocznego (m. abducentis). W następnych dniach porażenie wszystkich mięśni gałki, osłabienie wzroku, na podstawie zapalenia nerwu ocznego, charakteryzującego się wystąpieniem tarczy zastoinowej (Stauungspapille).

Objawy te skłoniły chorego do poddania się już dawniej przez Partscha proponowanej operacji — otwarcie zagłębienia klinowo-podniebiennego po wycięciu łuku kości jarzmowej od zewnątrz. Uzyskano dostęp do ogniska zropiałego. Operację połączono z wycięciem częściowem zewnętrznego kąta oczodołu, co naturalnie spowodowało zarazem otwarcie jamy szczękowej. Usunięto ziarninę, wyskrobano błonę śluzową jamy szczękowej, wykazującą zgrubienie i uwypuklenia brodawkowe. Jamę wypełniono gazą jodoformową; jama przechodziła wzdłuż wyrostka skroniowego, obejmowała okolicę wkoło kości skrzydłowej. Bóle głowy ustąpiły, gorączka nie pojawiła się. Poprawa. Ustąpienie chorobowych zmian oka stwierdzono dopiero po 4 tygodniach; w tym czasie wygoiły się rany zewnętrzne i wewnętrzne — ustąpiło zapalenie n. ocznego, objawy porażenia mięśni oka poczęły się powoli cofać, zanikały podwójne obrazy.

Trzy miesiące później otworzyła się znowu przetoka, wystąpiły bujania tkanek o wyglądzie brodawczaka. Podobne bujania tkanki wystąpiły także na dnie jamy szczękowej. Anatomo-patologiczne badanie wykazało jednak tylko przerosty brodawkowe błony śluzowej, przemawiające przeciw nowotworowi złośliwemu.

Partsch przypuszcza, że pozostały jeszcze ogniska ropne w lamina perpendicularis oss. pteryg. — Na tem urywa Partsch opis swego przypadku, doprowadziwszy go do czasu ogłoszenia przypadku tego drukiem.

Opis ten podaję obszernie ze względu na bardzo poważne powikłania, mogące mieć pierwotne źródło w uzębieniu.

Podejrzenie na ropowicę w zagłębieniu klinowo-podniebiennem istnieje, gdy okolica podniebienia miękkiego jest bolesna jednostronnie i występuje szczękościsk, przyczem istnieje stan gorączkowy.

Wobec nieuchwytności sprawy w stanach początkowych zabieg jest trudny; przeważnie jednak ropień pęka samoistnie i ropa wylewa się do nosa.

Rozwarcie szczękościsku może przyśpieszyć pęknięcie ropnia.

**Dwa przypadki ropowic w okolicy podniebienno-przygardłowej. (Przypadek VIII. IX).**

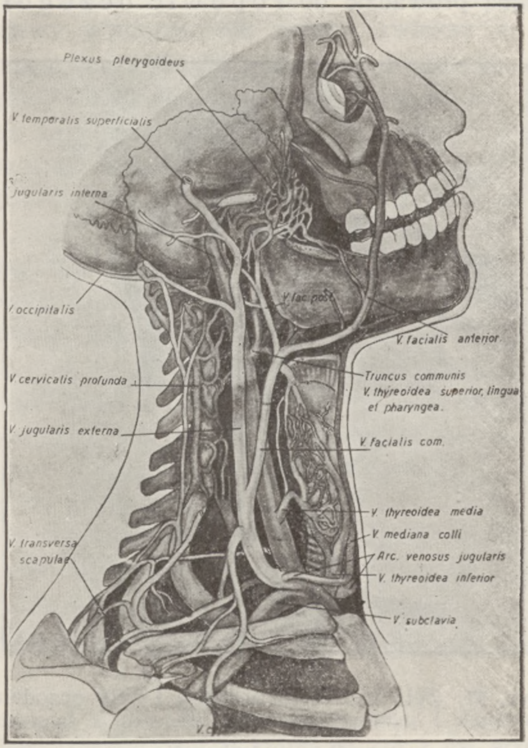
Obserwowałem dwa przypadki tego rodzaju. Pierwszy podczas wojny światowej, spowodowany kulą karabinową stwierdzoną na roentgenogramie, która wywołała ropienie w przestrzeni podniebienno-klinowej. Pięć dni trwały objawy zapalne w okolicy podniebienia miękkiego i w pobliżu łuków podniebiennych. Zaczerwienienie wzmagało się z dnia na dzień. Ponieważ nie było wysokiej temperatury, zająłem stanowisko wyczekujące. Istotnie dnia szóstego nastąpiło przebicie, przyczem pocisk podłużny wypadł sam do jamy ustnej, poczem objawy wszelkie wkrótce ustąpiły.

Drugi przypadek spostrzegałem przed 3-ma laty. (Nr. 2463/27 Baumgarten 15/XII). Chory, 31-letni mężczyzna zgłosił się z szczękościskiem III. stopnia, bólami w szczęce górnej, w gardle i głowie, przyczem istniały trudności przy połykaniu. Podniebienie miękkie było po lewej stronie wybitnie zaczerwienione, obrzękłe, języczek zbaczał ku prawej stronie. Palcem był wyczuwalny naciek twardy w podniebieniu miękkiem i w okolicy przygardłowej przedniej. Migdałki nie wykazywały zmian, również nie można było stwierdzić żadnych zmian w uzębieniu, ani w jamach szczękowych i to ani badaniem klinicznem ani roentgenologicznem. Ciepłota ciała wynosiła 39.9°.

W zamrożeniu chloretylowem nacięto ropień, przyczem wylało się około 5 cm ropy. Do dnia następnego spadła temperatura do 38,2°, by się znowu podnieść wieczorem do 40,1°. Chorego zawinięto w wilgotne prześcieradło, dano mu antypiryny i kofeiny. Po 12 godzinach opadła temperatura do 36,4°. Wieczorem znowu 38,2°, dnia następnego 37°. Od 4-tego dnia po operacji waha się temperatura między 36,8 a 37,3°. Wygojenie się sprawy nastąpiło w 8 dni po przyjęciu chorego w leczenie kliniczne. Przyczyny ropnia przygardłowo-podniebiennego nie wykryto.

## Thrombophlebitis.

Do bardzo ciężkich powikłań przy sprawach ropnych należy zapalenie żył zakrzepowe (Thrombophlebitis), wychodzące zazwyczaj od vena facialis anterior i posterior, tworzących splot naczyń żylnych, plexus venosus pterygoideus. Szczegółowy opis anatomiczny podano na str. 65 Pol. Stom. z r. 1930. (Ryc. 86 i 87).



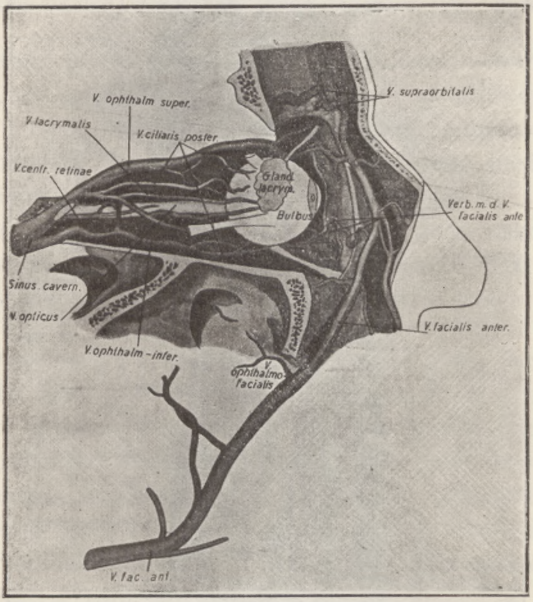

**Ryc. 86.** Żyły szyi i głowy. Splot żylny skrzydłowaty (Plexus pterygoideus) stoi w związku z żyłami opony twardej i z zatoką jamistą (sinus cavernosus).

Vena facialis anterior — otrzymując gałązki z jamy czołowej okolicy oczodołu — v. ophtalmica sup. i inf. przechodzi w pobliżu otworu podoczodołowego, skąd wpływa krew żylna z jamy szczękowej, a w okolicy zębów trzonowych z plexus pterygoideus, poczem schodząc ku okolicy kąta żuchwy, łączy się vena facialis anterior z v. facialis posterior w vena facialis communis.

Ropne sprawy, zakrzepowe mogą według R i e s e g o, D a m i o n o s a i P e r t h e s a powstać następującemi trzema drogami: 1. drogą żył twa-

rzowych prowadzących do oczodołu a stamtąd ew. dalej do żylnych zbiorników opony twardej. 2. ze splotu skrzydłowatego bezpośrednio do zatoki jamistej. 3. drogą v. jugularis int. do sinus sigmoideus.

Skrzepliny tworzące się w tychże żyłach prowadzą do objawów zastoinowych i obrzęków występujących w okolicy powieki i spojówki oka. Wskutek zahamowania odpływu, przychodzi do obrzęków w oczodole, następuje wytrzeszcz gałki ocznej. Zakaźne sprawy mogą więc drogą centrypetalną prowadzić do ropowic oczodołu.




**Ryc. 87.** Żyła twarzowa przednia i żyły oczodołu.

Hirsch opisuje przypadki, w których w następstwie zapalenia zakrzepowego żył, spowodowanego chorobami zębów, przyszło do ślepoty, jakkolwiek chorzy pozostali przy życiu; autorowie inni (Vossius, Hallauer), podają przypadki z zejściem pomyślniejszem i zachowaniem wzroku pomimo poprzednich dreszczy i ciężkich objawów ogólnych. Jeżeli więc nie przyjdzie do przerzutów są pewne widoki „quoad vitam“ gdyż i niekoniecznie muszą się dane sprawy chorobowe zakończyć śmiercią.

Z żył oczodołowych może zapalenie zakrzepowe przejść na zatokę opony twardej. Trombozę zatoki jamistej, powstałą za pośrednictwem żył oczodołowych a wywołaną zapalnemi sprawami zębów górnych opisał Colomb, Damianos zaś, wywołaną zapaleniem okostnej żuchwy. Objawy zapalenia zakrzepowego zatoki jamistej były następujące: objawy

zastoinowe w obiegu krwi i limfy, obrzęk w oczodole, wytrzeszcz, zapalenie tarczy nerwu wzrokowego, ślepota, obrzmienie spojówki gałkowej (chemosis), obrzęk powiek i porażenie nerwu ruchowego mięśni ocznych.

Zanim to nastąpi można nacięciem w pobliżu oczodołu, albo nawet wzdłuż krawędzi oczodołu z otwarciem tejże jamy spowodować odpływ ropy; skoro jednak sprawa posunie się do sinus cavernosus następuje zapalenie opon mózgowych, lub tworzy się ropień leżący pod oponą twardą.

Sprawy te kończą się zazwyczaj śmiertelnie. Jeżeli więc wyżej wspomniane objawy wystąpią, nie należy zwlekać z nacięciem, które wcześnie wykonane może do 24 godzin spowodować poprawę. Czekać można tylko, jeżeli obrzęk jest surowiczy a nie ropny. Ciepłota nie przekracza wówczas zazwyczaj 37,2°. Naciek surowiczy ustępuje pod naciskiem palca, pozostaje tylko zagłębienie spowodowane naciskiem. Skoro jednak naciek jest twardy i występuje wytrzeszcz, należy działać chirurgicznie.

Zacytowany poprzednio przypadek ilustruje sprawę tę dostatecznie.

Przedewszystkiem niebezpieczny jest zakrzep w ven. ophtalmica i przeniesienie zakażenia do plexus venosus pterygoideus i do sinus cavernosus.

Splot skrzydłowaty i gardłowy ułatwia bowiem przejście spraw zakrzepowych do mózgu, stoi on bowiem w połączeniu z zatoką jamistą za pośrednictwem żył, przechodzących przez Foramen lacerum, For. ovale i For. spinosum (v. meninga media).

Powstanie powikłań temi drogami stwierdzono na stole sekcyjnym w przypadkach opisanych przez Riesego, Zawadzkiego, Damianosa i innych autorów.

Bardzo pouczający jest następujący przypadek opisany przez Damianosa:

**Wypadek śmierci z powodu zakrzepu ropnego i zapalenia opon podstawy mózgu** — u 25 letniej dziewczyny, u której wyjęto 2 dni przedtem dwa spróchniałe zęby po lewej stronie żuchwy, wystąpiły objawy ostrego zapalenia okostnej żuchwy. Nacięto ropień, który wystąpił po stronie językowej żuchwy i opadł w kierunku szyi. Po 6 dniach pojawiły się dreszcze przy temperaturze 40°, świadczące o tem, że zakażenie dostało się do układu żylnego. Dreszcze powtórzyły się kilkakrotnie, zarazem nastąpił upadek sił chorej. Wystąpił wytrzeszcz a po trzech dniach „ptosis"; objawy te świadczyły o tem, że sprawa zakrzepowa osiadła w zatoce jamistej. Dnia następnego, a więc czwartego po pierwszych dreszczach nastąpiło zejście śmiertelne. Podczas sekcji stwierdzono: **ropowicę pozaszczękową, ropną sprawę zakrzepową w splocie gardłowym i skrzydłowatym oraz po obu stronach w zatoce jamistej i zapalenie opon mózgowych podstawy mózgu.** (Perthes str. 216).

## Ogólne zakażenie — (Sepsis).

Wszystkie ropowice mogą wywołać p o s o c z n i c e i prowadzić do o g ó l n e g o z a k a ż e n i a (sepsis).

Wysokie skoki temperatury z remisjami, tętno, wygląd chorego, ogólne osłabienie — obraz krwi morfotyczny i bakterjologiczny ustali rozpoznanie zakażenia ogólnego.

S t e i n zwraca uwagę na to, że przy ropowicach spotyka się znaczną leukocytozę bez znacznego przesunięcia na lewo i przy braku komórek eozynochłonnych. Przy sprawach septycznych jest również zwiększona liczba leukocytów, ale i zazwyczaj przesunięcie ku lewej stronie. Jeżeli nie poczynają się ukazywać przy następnych badaniach komórki eozynochłonne uważać to należy za objaw niepomyślny i ostrzegający.

Złośliwość i jadowitość drobnoustrojów, zarazem ogólny stan chorego ma decydujący wpływ na dalszy przebieg sprawy chorobowej, na ogół niepomyślny mimo energiczne starania. Przy chorobach nerek, cukrzycy, po przebytych ciężkich chorobach zakaźnych, po czerwonce odporność organizmu jest bardzo mała i mimo wszelkie sposoby leczenia może nastąpić już po 3—20 dniach zejście śmiertelne przedewszystkiem w sprawach ropnych, postępujących ku podstawie czaszki, (zob. opis przypadku X.).

L e c z e n i e. Przedewszystkiem wczesne nacięcie, otwarcie szerokie ognisk ropnych.

Przy grożącej thrombophlebitis zaleca B o c k e n h e i m e r podwiązanie rychłe odnośnej żyły, n. p. v. fac. ant.

Wysoka temperatura obniża się przez zawinięcie całego chorego w wilgotne prześcieradło; podtrzymać należy akcję serca, wydzielanie nerek, zapewnić choremu należy spokój, właściwe odżywianie. Wskazany jest upust krwi łącznie z dożylną infuzją fizjologicznego roztworu soli kuchennej 300—400 gr.; małe lecz słabe dawki roztworu soli kuchennej pod postacią lewatywy z pół litra tegoż roztworu w ciągu godziny. Polecane są również podskórne wstrzykiwania kwasu nukleinowego w roztworze soli kuchennej (20 gr. kwasu nukleinowego na 200 gr. Na Cl), ażeby wywołać hyperleukocytozę (M i k u l i c z); z tego płynu podaje sie 200—300 cm³ naraz dożylnie.

Odżywiać należy chorego djetą łatwostrawną, posilną, płynną. Podajemy więc kaszki, grysiki, kakao, mleko, kawę, dodając wiele cukru, oraz kilka jaj dziennie. Dla ugaszenia pragnienia podajemy lemoniady dobrze osłodzone. Płynu razem dziennie około 1½ litra, by nie przeciążyć krążenia.

Stosujemy s p e c y f i c z n i e działające surowice poliwalentne Marmorka, „Höchst", Bujwida w dużych dawkach przez 2—3 dni z rzędu. O ile

nam się uda wyhodować z krwi chorego drobnoustroje, stosujemy autowakcynę; wstrzykuje się co trzeci dzień, poczynając od 1½ cm³.

Niespecyficznie działają roztwory koloidowe srebra w postaci Collargolu. Wstrzykuje się 10 cm³ 2% rozczynu tegoż środka śródżylnie albo 50 cm³ ½% roztworu per clysma. Stosować można wcierki maści Ungt. Credé 2—3 gr. pro die. Inni autorowie polecają Argochrom śródżylnie co drugi dzień po 0,1 gr. Dobre wyniki otrzymujemy wstrzykując trypaflawinę. W handlu jest środek ten w postaci proszku w ampułkach w ilości 0,05 albo jako roztwór gotowy do injekcji. Wstrzykuje się śródżylnie 0,01 trypaflawiny.

Laskownicki stosował z dobrym wynikiem wstrzykiwania ½% fioletu goryczkowego (Gentianaviolett — lepszym od niemieckiego preparatu jest preparat amerykański). Wstrzykuje się dożylnie 10 cm³.

Inni polecają Mercurol. Drobnoustroje gram-pozytywne reagują bardziej na trypaflawinę (25 cm³), gram-negatywne na fiolet goryczkowy.

**Przypadek X.** Nr. klin. 6279/1927. Żukówna Fewronia, lat 23, nauczycielka.

**Phlegmona perimaxillaris. Osteomyelitis incipiens. Sepsis. Exitus** 18 dni po przyjęciu do Kliniki. Ryc. 88.

Wywiady: Pacjentka podaje, że przed 6-ciu laty przechodziła szkarlatynę. Pozatem była zdrowa. Na zęby często narzekała i się leczyła. Obecne zachorzenie rozpoczęło się przed czterema tygodniami. Chora odczuwała ból zębów w szczęce dolnej po stronie prawej. Po dwóch dniach zauważyła po stronie wargowej na dziąśle wrzód i równocześnie wystąpił obrzęk policzka.

Pacjentka robiła okłady z gorącego siemienia, wrzód pękł i obrzęk częściowo ustąpił. Pozostał twardy obrzęk pod żuchwą i stan ten przetrwał do dzisiaj. Chora mimo wskazania lekarskiego nie usuwała zębów i zgłasza się dzisiaj dopiero do kliniki.

Stan obecny: 6. V. 1927. Chora średniego wzrostu, średnio odżywiona, bladość wybitna. W okolicy podżuchwowej obrzęk twardy, bolesny, sięgający od kąta żuchwy po prawej stronie aż do przedtrzonowców po lewej stronie. Okolica gałęzi wstępującej nie zajęta. Okolica stawu niebolesna. W przednim odcinku zaznacza się wybitniejsza twardość. Lekkie zaczerwienienie na skórze w okolicy podbródkowej prawej. Wewnątrz jamy ustnej taki sam obrzęk w okolicy podjęzykowej w przednim odcinku i podżuchwowej prawej. Barwa błony śluzowej niezmieniona. Brak $\overline{6|}$ prawego dolnego zęba, zresztą wszystkie zęby reagują na prąd. Przy silnym ucisku cokolwiek bolesne $\overline{7-54321|}$ Na zdjęciu roentgenologicznem nie widać żadnych zmian w kości. Zębodół $\overline{6|}$ nie jest jeszcze zarośnięty, lecz próżny. Temperatura: 39,5°, tętno 136, tony serca głuche. Płuca zmian nie wykazują, śledziona i wątroba niewymacalne.

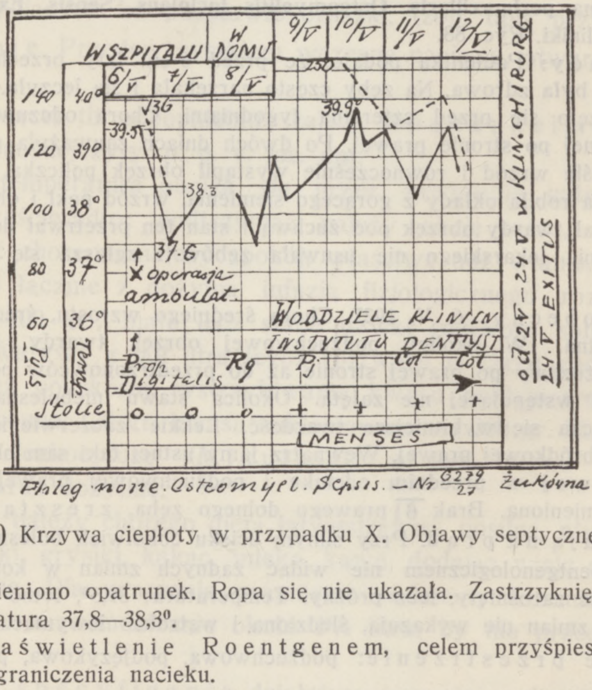
Zajęte przestrzenie: podżuchwowa, podjęzykowa, policzkowa, podbródkowa.

Na roentgenogramie zmian w kości szczękowej nie widać.

L e c z e n i e: W dniu 6. V. 1927 wykonano w narkozie eterowej $1^1/_2$ cm poniżej brzegu 4 cm przed kątem wzdłuż trzonu żuchwy 5 cm długie cięcie na zewnątrz, stąd otwarto na tępo okolicę podżuchwową, podjęzykową, podbródkową i wzdłuż wewnętrznego brzegu aż do kąta żuchwy. Ropa nie wyszła. Założono seton kamfenolowy i polecono naświetlanie Roentgenem.



**Ryc. 88.** Naciek ropny w okolicy podżuchwowej, podbródkowej i za gałęzią wstępującą (przypadek X).




**Ryc. 88. a)** Krzywa ciepłoty w przypadku X. Objawy septyczne Exitus.

7. V. Zmieniono opatrunek. Ropa się nie ukazała. Zastrzyknięto 1 $cm^3$ propidonu. Temperatura 37,8—38,3°.

8. V. N a ś w i e t l e n i e  R o e n t g e n e m, celem przyśpieszenia rozpadu leukocytów i ograniczenia nacieku.

9. V. Naciek postępuje ku górze w zagłębienie skrzydłowato-podniebienne. Exophtalmus. Nieco ropy pokazuje się na setonie przy zmianie opatrunku. Opatrunek z presojodem do rany.

10. V. Stan ten sam. Ranę zaopatrzono setonem zwilżonym kamfenolem. Konsyljum z asystentem kliniki chorób wewnętrznych. Potwierdzenie rozpoznania co do stanu septycznego. Wątroba na 2 palce wymacalna.

**1.** Celem wzmocnienia akcji serca: Inf. fol. Digitalis 1,0 : 180.0 Coffeini Natrii benz. 2.0 — 4 razy dziennie łyżka. — **2.** Celem zwalczenia stanu septycznego: Collargoli 2.0, Aqu. dest. 200, z tego 50 cm³ dziennie w postaci lewatywy.

11. V. Obrzęk w górnej szczęce się zmniejszył, ustąpił wytrzeszcz. Wobec podejrzenia na osteomyelitis powtórnie wykonano badanie prądem faradycznym zębów; 4 3 2 1 | 1 — nie reagują na prąd, 7 i 5 | słabo. Wobec tegoż wyniku usunięto 7 do 1 | 1, a miazgi posłano do zbadania anatomo-patologicznego. Bakterjologicznie stwierdzono w miazgach streptococcus viridans.

12. V. Seton z rany bardzo cuchnący — chora przechodzi w leczenie kliniki chirurgicznej, gdzie stan stale się w dalszym ciągu pogarszał. Według informacyj zasiągniętych, uważano tamże stan chorej za beznadziejny i zmieniano tylko opatrunki.

Z poniżej podanego protokołu sekcyjnego wynika jednak, że wykonano tamże jeszcze jedno cięcie w linji środkowej pod brodą, co należy uważać za celowe. Exitus nastąpił 24. V. czyli w 18 dzień po zgłoszeniu się chorej po raz pierwszy do kliniki stomatologicznej, a w dniu 12 po przejściu w leczenie kliniki chirurgicznej.

P r o t o k ó ł s e k c y j n y. R o z p o z n a n i e a n a t o m o-p a t o l o g i c z n e: Phlegmone gangraenosa baseos linguae et regionis submandibularis. Tumor lienis septicus, colitis diphterica chronica ulcerosa. Degeneratio amyloidea lienis, renum, myocardii et hepatis. Anaemia et cachexia universalis. Sepsis.

N a s k ó r z e: widoczne dwa nacięcia chirurgiczne w okolicy szyi tuż pod brodą, jedno w linji środkowej, drugie po stronie prawej. Komunikacja z jamą ustną.

S e r c e: w wymiarze poprzecznym nieco rozszerzone, ujście żylne prawe, przedsionek prawy, nieco rozszerzone. Mięsień ścienny i brodawkowy: bardzo blady, z odcieniem żółtawym, na przekroju lśniący, oporny.

J a m a u s t n a: u nasady języka więcej po stronie prawej rozległe owrzodzenia, przechodzące na stronę prawą gardzieli, migdałka prawego i jamy ustnej. Owrzodzenie to pokryte jest strzępami tkanki martwiczej częściowo zgorzelinowej.

Ś l e d z i o n a: powiększona, na przekroju krucha, miąższ zbiera się na nożu, barwy ciemno-wiśniowej.

N e r k i: blade o rysunku zatartym, na przekroju miąższ lśniący, oporny.

W ą t r o b a: nieco powiększona, krucha, barwy czekoladowej z odcieniem żółtawym.

Ż o ł ą d e k, d w u n a s t n i c a, j e l i t o c i e n k i e: błona śluzowa rozpulchniona, blada.

J e l i t o g r u b e: błona śluzowa w zakresie całego jelita grubego zgrubiała, blada; na szczytach fałdów owrzodzenia, częściowo pokryte strupami, barwy szarawo-zielonawej.

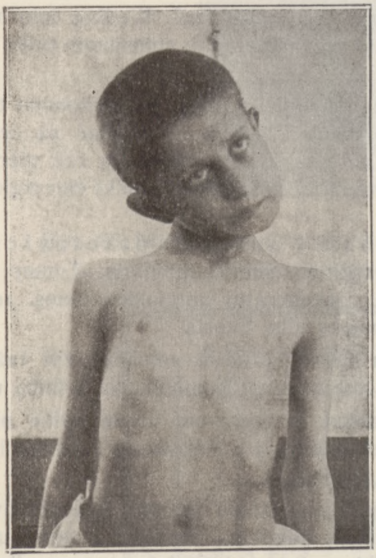
K r e z k a, g r u c z o ł y k r e z k o w e, z a o t r z e w n o w e: powiększone, blade.

E p i k r y z a: u kobiety wycieńczonej przewlekłą sprawą zapalną toczącą się w jelitach przyszło do stanu ropnego w zakresie jamy ustnej i do następowego ogólnego zakażenia krwi.

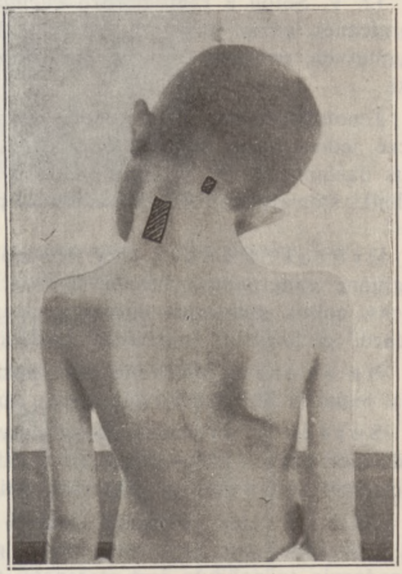
### H. Zaburzenia nerwowe.

W końcu przytoczę nader rzadki przypadek jedyny w swoim rodzaju w znanej mi literaturze, obserwowany przezemnie w r. 1918. Rys. 89 i 90.

U 9-letniego chłopca wystąpiła ropowica w lewej okolicy podszczękowej wychodząca od $\overline{6}|$. Równocześnie z obrzękiem wystąpiła krzywa szyja — „caput obstipum" z wybitnem przechyleniem głowy ku prawej stronie i skolioza.



Ryc. 89.



Ryc. 90.

**Ryc. 89 i 90.** Torticollis i skolioza nawykowa przy ropowicy podżuchwowej od $|\overline{6}$ u 9-letniego chłopca.

Przyczynowego ogniska w kręgosłupie nie można było stwierdzić po dokładnem zbadaniu przez chirurga i ortopedę. Skurcz prawego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego utrzymywał się uparcie mimo usunięcia przyczynowego zęba i nacięcia ropowicy. Zaznaczyć należy, że wystąpił po lewej stronie wybitny bolesny obrzęk podszczękowy; ażeby uniknąć urazu naciskowego przechylił chory głowę ku prawej stronie i zachowywał ją w tej pozycji przez czas dłuższy.

Po krytycznym rozbiorze wszelkich objawów ustalono rozpoznanie na n a w y k o w ą krzywą szyję, która wyleczona została zabiegiem orto-

pedycznym, nałożeniem gorsetu wyciągowego z kołnierzem w ciągu 2 tygodni. (Przypadek leczony przezemnie i Dra Aleksiewicza, opisany jest w V. f. Z. 1918 3/4).

## I. Powikłania przy sprawach przewlekłych.

O ile ropnie znajdują odpływ samoistnie, przechodzą w stan przewlekły, tworzą się przetoki, obrzęki ustępują powoli i stany te mogą trwać przez czas dłuższy. Niekiedy pozostaje szczękościsk.

Może się wytworzyć w miejscu przebicia się ropy pod skórą zimny ropień, który od czasu do czasu się otwiera. Ryc. 91 i 92



Ryc. 91.



Ryc. 92.

**Ryc. 91.** Zimny ropień podskórny od dośrodkowego korzenia $\lfloor\overline{6}$.
**Ryc. 92.** Obrzęk i ropień podskórny z przetoką od $\overline{6}\rfloor$.

Po zejściu ropowic w stan przewlekły tworzą się przetoki w okolicy podszczękowej, bródkowej, podjarzmowej, w bruździe nosowo-wargowej lub szyjne, niekiedy głęboko opadające wzdłuż m. sternocleidomastoideus i sięgające do obojczyka.

Po ropowicach w przestworze przygardłowym przednim mogą powstać przetoki sięgające aż do podstawy czaszki (przypadek XIII. Łogaj).

Do rzadkich powikłań należą przetoki ślinowe, które po usunięciu ogniska pierwotnego należy leczyć roentgenoterapją, przypadek XIV. Kawecki).

**Przypadek XI.** L. *4622, 23.* III. 1928. Pacz. Grzegorz, abiturjent, lat 30. **Ryc. 91. Przewlekły stan zapalny po ropowicy. Tbc. pulm. Przetoka licowa po stronie lewej, od $\lfloor 6$ korzenia mesialn.** Leczenie trwało 2 tygodnie.

Przed 5 laty usunięto jeden korzeń $\lfloor 6$. Dotąd było dobrze. W ostatnim roku często nawroty zapalenia i obrzęki. Wytwarza się przetoka licowa. Roentgen wykazuje korzeń mes. $\lfloor 6$

23. III. 1928. Znieczulenie, usunięcie korzenia |6 i wyskrobanie przetoki. Seton. Bad. bakt.: Seton bez drobnoustrojów. Codziennie setony.
26. III. Lapis. Maść lapisowa.
28. III. Camphenol na tępej igle.
29. III. Maść lapisowa.
30. III. Camphenol na tępej igle i potem jodgliceryna.
7. IV. Wyleczenie zupełne.

**Przypadek XII.** Nr. 1384/26. Kopejko Liza, lat 16. Ryc. 93.
**Ropowica opadowa do trójkąta naczyń z przestrzeni podżuchwowej o przewlekłym przebiegu (5 tyg. + 9 tyg.) z zaostrzeniami wskutek osteomyelitis, wychodzącej od zęba |6** — leczenie trwało 9 tygodni.

Wywiady: Przed 5-ciu tygodniami wystąpił ból prawego dolnego zęba trzonowego, który usunięto. Bóle wzmogły się, po wyjęciu korzeni (prawdopodobnie 6| wystąpił silny obrzęk po prawej stronie policzka i pod dolną szczęką, twardy i bolesny na ucisk. Po 2 tygodniach obrzęk opuścił się do kości obojczykowej i wystąpiły trudności w połykaniu. W czasie następnym wytworzyła się przetoka do jamy ustnej, z której wychodziła ropa i krew. Obrzęk się nie zmniejszył pomimo konserwatywnego leczenia okładami.

Stan obecny: 15. X. Po prawej stronie w okolicy podszczękowej za kątem żuchwy i wzdłuż szyi obrzęk sięgający aż do kości obojczykowej, ciastowaty i na dotyk bolesny. Największe uwypuklenie nad przednim brzegiem m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego w okolicy trójkąta naczyń. Tamże też wybitna bolesność i chełbotanie. W jamie ustnej po policzkowej stronie wyrostka zębodołowego w okolicy 6| przetoka. Kość szczękowa w okolicy dolnych zębów trzonowych na ucisk wrażliwa; błona śluzowa zaczerwieniona. 7| ma całkowitą koronę bez śladów próchnicy, jest niebolesny na ucisk, reaguje na prąd faradyczny. Temperatura 36,8°.

Zdjęcie roentgenowskie: Ekstraoralne, lateralne z dołu. Pasmo 8—12 mm szerokie odwapnionej kości przechodzi od próżnego zębodołu 6| w dół aż do krawędzi żuchwy. Pole odwapnienia obejmuje następnie okolicę szczytów korzeni 7|, który notabene na prąd reaguje, o kształcie wielkości jednogroszówki, i jest dość wyraźnie odgraniczone. Za nim mniejsze odwapnione pole wielkości soczewicy w okolicy 8|, którego zawiązka brak. Ryc. 93 a.

Ropowica zajmuje zatem przestrzeń pod przyczepem m. żwacza, przestrzeń podżuchwową, przygardłową i opada ku dołowi do trójkąta naczyń.

Bakterjologicznie stwierdzono: Staphyl. albus, streptococcus haemolyt. i pneumococcus.

Uwagi: Przetoka do jamy ustnej, brak ostrych objawów i temperatura 36,8°. Odwapnienie kości o nieregularnych konturach, sięgające od opróżnionego zębodołu 6| aż do okolicy 8| w kości, którego zawiązku brak, wskazuje na proces osteomyelityczny.

Leczenie: 15. X. W uśpieniu eterowem otwarto przestrzeń podżuchwową, stamtąd uzyskano kontakt z kością żuchwową na tępo, nacięto następnie ropień nad przednim brzegiem m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego, zserowaciałe masy usunięto łyżeczką i stworzono na tępo kontakt z przestrzenią podżuchwową oraz założono tamże seton. Po ekstrakcji ranę wyskrobano i zasetonowano. Zmiana setonów zewnętrznych codziennie i wypłukanie rany.

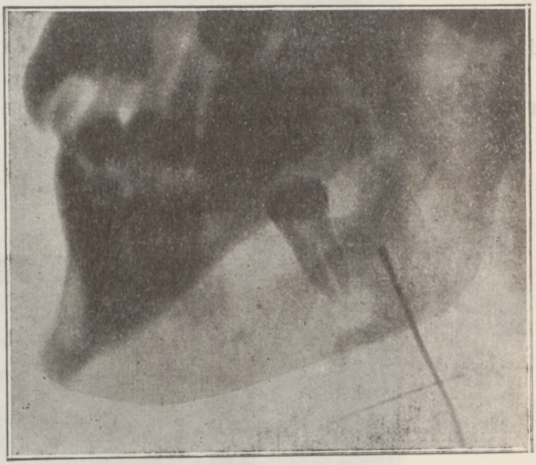
Wysięk ropny dość obfity. Po tygodniu zaprzestano setonowania rany od jamy ustnej; po 2 tygodniach przystąpiono do roentgenoterapji. W ciągu 3 tygodni 6 naświetlań. Przez cały czas leczenia temperatura 36,7—36,8°.

29. X. Kontrola prądem faradycznym zęba |7 : reaguje na prąd. Wysięk ropy zmniejsza się w następnych tygodniach. — Setonowanie ran, roentgenoterapja.

17. XII. Leczenie ukończone.



Ryc. 93.



Ryc. 93 a.

**Ryc. 93.** Ropowica opadowa szyjna. Przypadek XII.

**Ryc. 93 a.** Zgłębnikiem od nacięcia wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutowego dochodzimy pod żuchwą po językowej stronie żuchwy do zębodołu 8|. Odwapnione pole poniżej wyjętego zęba 6| sięgają aż pod korzenie 7| zęba, który reaguje na prąd faradyczny.

**Przypadek XIII.** Nr. klin. 4419, 15. III. 1928. Łogaj Mikołaj, lat 30, rolnik.

**Ropienie przewlekłe, trwające około 6 miesięcy, z tych 4 miesiące przypada na leczenie w klinice.** Ryc. 94—101.

W listopadzie 1927 r. chory poczuł silne bóle w okolicy 6 5 4| Zauważył wewnątrz jamy ustnej w tejże okolicy mały obrzęk. Ból po 2 dniach ustąpił, obrzęk stopniowo się powiększał i zaczęła wydzielać się ropa. Powoli obrzęk zaczął przesuwać się w okolicę ucha i zajął wyrostek sutkowy. — 15. III. 1928 r. chory zgłosił się do kliniki.

S t a n o b e c n y: Słaby obrzęk w okolicy kąta żuchwy prawej i policzka, sięgający do skroni i ucha. Powłoka skóry w tej okolicy napięta, nieprzesuwalna, sinawo-czerwona. Na zewnątrz przetoka w okolicy m. żwacza poniżej krawędzi żuchwy i za uchem. Zmiany na twarzy w okolicy policzka po dawnym obrzęku. Temperatura 36,8°, tętno 76. Uzębienie kompletne, brak tylko 6 i 5|; 7 i 6| mają powierzchowne ubytki próchnicowe. Wszystkie zęby reagują na prąd. W jamie ustnej w okolicy 7 6| błona śluzowa policzka cokolwiek obrzękła z odciskami zębów. Lekki szczękościsk. Gruczoły chłonne niezmienione. — Jamy szczękowe nie wykazują zmian. Serce wykazuje lekką nerwicę, pozatem żadnych zmian.

Charakterystyczne dla danej sprawy jest sinawo-czerwone zabarwienie prawego policzka, miernie obrzękłego oraz przetoki, następnie naciek w okolicy skroniowej i podskórny ropień wyczuwalny za kątem żuchwy i po przedniej stronie mięśnia żwacza, oraz tuż pod wyrostkiem sutkowym. Zgorzelinowych zębów lub z zapaleniem miazgi stwierdzić nie można, jakkolwiek chory powiada, że przez 4 miesiące bolały go zęby 654| przy których jednak niczego nie robiono. Sprawa robi wrażenie przewlekłych nacieków, które spotykamy przy promienicy, jednak 3-krotne badanie mikroskopowe w tym kierunku dało wynik ujemny.

20. III. wykazało badanie bakterjologiczne staphylococcus albus i diplococcus a 6. IV. wykazało łańcuszkowca słabo zieleniejącego.

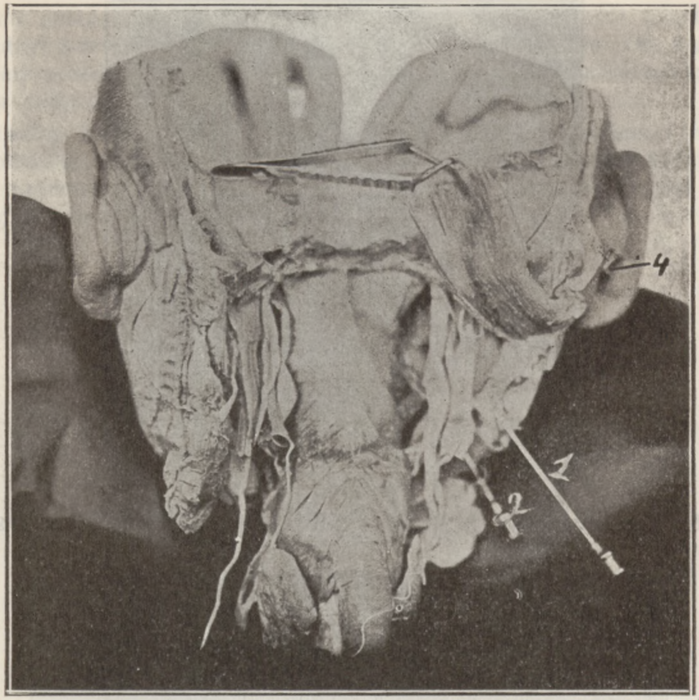
Ryc. 94—96. 98 i 101. Przypadek XIII.



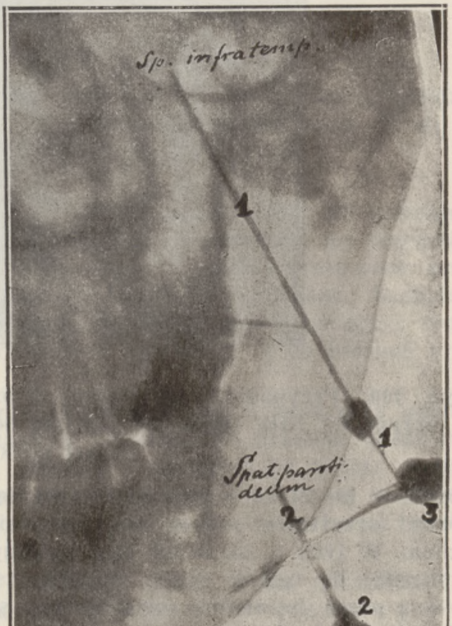
**Ryc. 94.** Stan chorego w dniu przyjęcia do kliniki.

Ponieważ ani klinicznie ani roentgenologicznie nie można było stwierdzić ogniska w kości, należało przypuścić, że mamy przed sobą zejśce po ropnem zapaleniu gruczołu ślinowego przyusznicowego w postaci nacieków ropnych w okolicy podżuchwowej, skroni i wyrostka kłykciowego żuchwy z równoczesnem zajęciem przestrzeni przyusznicowej i skroniowej wzdłuż gałęzi wstępującej policzkowej (Ryc. 95) poza kątem szczęki (nr. 2). Ryc. 96 i 97 i 99.

Rozpoznanie swe oparliśmy na studjum anatomiczno-roentgenograficznem. (Ryc. 97, 99 i 100). Wkładając zgłębniki w preparat anatomiczny równolegle, i w tych samych kierunkach, co u chorego, zrobiliśmy zdjęcia roentgenowskie i poddaliśmy gruntownej analizie drogę obraną przez zgłębniki na preparacie. Doszliśmy do wniosku następującego: Chory przeszedł najprawdopodobniej ropne zapalenie gruczołu przyusznicowego. Główne ognisko było bowiem w przestrzeni przyuszni-

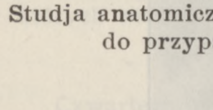



Ryc. 97.

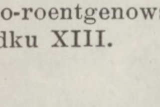



Ryc. 99.

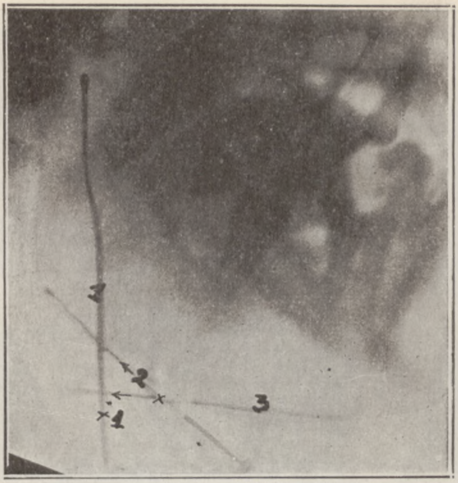
**Ryc. 97, 99 i 100.**
**Studja anatomiczno-roentgenowskie do przypadku XIII.**



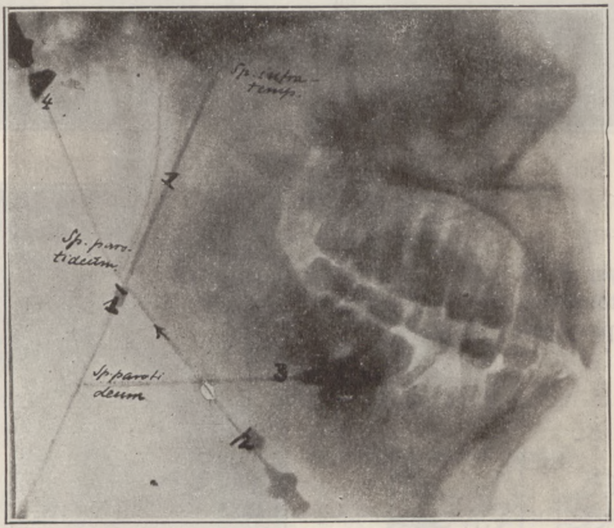
**Ryc. 95. Przekrój poziomy**



**Ryc. 96. Przekrój czołowy z tyłu.**



**Ryc. 98.** Roentgenogram przypadku XIII. w przetoki włożono zgłębniki.

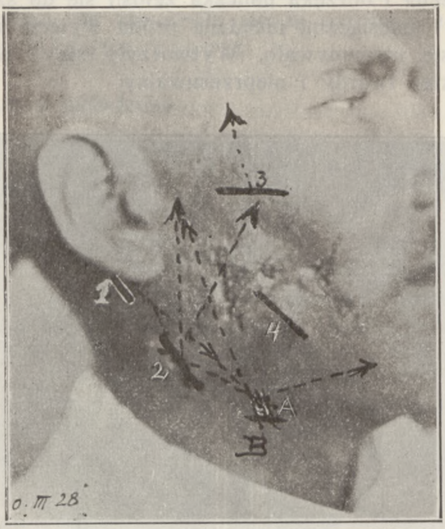



**Ryc. 100.** Przypadek analogiczny; włożono igły w analogicznych kierunkach co w przypadku XIII. (Ryc. 99). Zdjęcie boczne. — Zdjęcie okcipito-frontalne podane jest obok w ryc. 98.

cowej, z której to mamy dostęp do sąsiednich przestrzeni: podskroniowej, skroniowej, przestrzeni nad m. żwaczem, poniżej krawędzi żuchwy i aż do okolicy za uchem. W tych to okolicach spotykaliśmy jeszcze po zejściu sprawy ostrej przetoki i nacieki; do tychże okolic mogliśmy się dostać zgłębnikami po wykonaniu cięć 1—4 i przez te otwory wprowadzać setony i kanule z tępym końcem podczas wkraplania płynów antyseptycznych.

Leczenie polegało na nacięciu chełbocących ropni (Ryc. 101). Cięcia 1, 2, 3 i 4. Pomiędzy 1-szem a 2-giem cięciem istnieje komunikacja. Od 2-giego można się zgłębnikiem przedostać do przetoki podżuchwowej, która jest w odległości 25 mm od wyrostka sutkowego.

Od otworu 2-giego prowadzi zgłębnik do ramus ascendens i następnie do okolicy skroniowej. Trzecie nacięcie poniżej i wzdłuż wyrostka kości jarzmowej ma na celu utorowanie odpływu ropie w okolicy skroniowej. Tępym zgłębnikiem można wejść w głąb na odległość 50 mm.




**Ryc. 101.** Przetoki nacięto (1, 2,) i chełbocące ropnie 3, 4. Strzałki wskazują kierunki w których można wprowadzić zgłębniki a więc drogi przepływu ropy. Drogi te wyskrobano i założono w nich setony.

Czwartego nacięcia dokonano przez chełbocący ropień, który się utworzył w pobliżu mięśnia żwacza. Nacieki ropne miały charakter infiltrujący, nie trzymając się ściśle przebiegu powięzi; wprawdzie objaw ten jest charakterystyczny przy naciekach grzybicy — przypuszczenie to jednak zostało obalone badaniem bakterjologicznem. Powstanie tego rodzaju nacieków należy sobie tłumaczyć topograficznem położeniem przyusznicy i długotrwałemi okładami, co do których brak bliższych danych.

Nacięto w odurzeniu eterowem ropnie, setonowano gazą, nasączoną kamfenolem. Już w drugim dniu po nacięciu zaczęto wkraplać do przetoki codziennie fenol kamforowy, raz zamieniwszy go na presojod i następnie na azotan srebra. W tydzień po operacji zaczęto stosować r o e n t g e n o t e r a p j ę z wynikiem dobrym, gdyż wydzielina poczęła się zmniejszać. Przy końcu wstrzyknięto zawiesinę jodoformu w glicerynie.

Poczucie chorego podczas leczenia nie było dobre, serce osłabione, co prawdopodobnie było spowodowane p a c i o r k o w c e m z i e l e n i e j ą c y m, jednak zmian organicznych wskutek tejże infekcji nie stwierdzono.

Badanie bakterjologiczne z początku leczenia (22. III.) wykazało obecność staphylococcus albus i streptococcus (bliższego scharakteryzowania nie otrzymaliśmy). 6. IV. stwierdziliśmy jeszcze w głębi streptococcus viridans.

Przebieg choroby trwał 4 miesiące poza kliniką i dwa miesiące w klinice. W 6 tygodni potem zjawił się chory celem kontroli. Zabarwienie sino-wiśniowe ustąpiło, a skóra się zabliźniła i wygładziła; pozostały linearne blizny po nacięciach.

**Przypadek XIV. Kaw.... Karol**, lat 35, urzędnik. Ryc. 102 i103.

**Przewlekła ropowica pochodząca od zęba i przetoka ślinowa od Parotis.**

Z powodu bólu zęba i obrzęku policzka zgłosił się do szpitala powszechnego o poradę. Tam przed 7 miesiącami nieudana próba wyjęcia zęba 7| korzenie pozostawiono; ropienie się utrzymywało. Wytworzyły się 2 przetoki na policzku, naciek przybrał charakter twardy i nieprzesuwalny.



Ryc. 102.



Ryc. 103.

**Ryc. 102.** Przypadek XIV. Ropowica policzka, w przestrzeni podżuchwowej i przyusznicowej, powstała w związku z zapaleniem gruczołu przyusznicowego. Pacjent w dniu przyjęcia.

**Ryc. 103.** Blisko ukończenia leczenia.

3. III. Zgłosił się pacjent do kliniki. Podejrzenie na promienicę. Usunięto korzenie 7|. Nacięto naciek po zewnętrznej stronie policzka w okolicy środka trzonu żuchwy, wyłyżeczkowano ognisko, założono seton kamfenolowy. Ropę posłano do badania na aktinomyces, które wypadło ujemnie.

Zmieniano codziennie opatrunek, setonowano wysoko wzdłuż gałęzi wstępującej, obfita ropa płynna.

14. III. Wstrzyknięto igłą tępą 1 cm³ presojodu — obrzęk się zmniejszył, lecz wysięk pozostawał. 22. III. presojod na tępej igle do dwu otworów po 1 cm³.

Badanie bakterjologiczne kilkakrotnie robione nie dało wyników jednolitych. Otrzymaliśmy następujące rozpoznania:

3. III. Gram (+) ziarenkowiec typu łańcuszkowca — pojedyńczo gronkowiec biały.

23. III. — 24. III. Liczny gronkowiec złocisty. Po wstrzyknięciach presojodu.
24. III. 4% argent. nitr. wlane do rany przez 15 minut
25. III. Mikroskopowo i na płytach nieliczny gronkowiec biały.
Naświetlanie Roentgenem 6 razy.
10. V. Nieliczny gronkowiec złocisty.

Po wkropleniu do przetok i wzdłuż gałęzi wstępującej fenolu kamforowego w dn. 14. III. znikł z ropy gronkowiec biały i pozostał tylko gronkowiec złocisty.

Po wkropleniu do rany 24. III. 4% arg. nitr. znika gronkowiec złocisty a 25. III. pojawia się znowu gronkowiec biały.

Ze względu na to, że płynność ropy przemawiala za wielką domieszką śliny, wyrażono przypuszczenie, że utworzyła się w parotis przetoka ślinowa. Rozpoczęto wobec tego r o e n t g e n o t e r a p j ę.

Serja obejmująca 6 naświetlań:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22/IV. | 5/V. | 1/3 HED | Filtr 0,5 Zn + 2 Al. |
| 25/IV. | 10/V. | 1/4 HED | |
| 30/IV. | 24/V. | 1/5 HED | |

Po II-giem naświetleniu wystąpił wybitny obrzęk i obfity wysięk ropny — po IV. wysięk staje się bardziej przeźroczysty. Po VI. naświetleniu ropienie ustało, tylko z dolnego otworu można jeszcze cokolwiek ropy wycisnąć.

25. IV. Stwierdzono w ropie: nielicznie gronkowiec biały.
2. VI. Wysięk ustaje, rany się zasklepiły. Stwierdzono wygojenie. Wynik r o e n t g e n o t e r a p j i b a r d z o d o b r y.

Leczenie kliniczne trwało 22 dni, następnie ambulatoryjne 78 dni — razem 101 dni czyli $3^1/_3$ miesiąca.

12. VI. Kontrola — wyleczenie zupełne.

## J. Powikłania podczas zabiegów operacyjnych.

Powikłania niebezpieczne mogą nastąpić p o d c z a s o t w i e r a n i a r o p o w i c p r z e z o b r a ż e n i e Arteria maxillaris ext., Art. carotis externa przy nacięciu powłok zewnętrznych, przez obrażenie A. carotis interna przy nacięciu od jamy ustnej wzdłuż przedniego łuku podniebiennego.

Niebezpiecznem jest obrażenie tętnicy podjęzykowej przy nacinaniu od wnętrza jamy ustnej.

Jak w tych przypadkach należy postąpić i jaka jest technika podwiązywania naczyń, o tem mówić nie jest tutaj na miejscu. Opisał ją dokładnie Sicher w Z. f. Stom. 1921/2.

---

Nakreśliłem najważniejsze powikłania przy ropowicach. Niechaj tych kilka uwag wystarczy, by nie bagatelizować w praktyce prywatnej spraw ropnych; w tych przypadkach należy działać wcześnie, dobre stawiać rozpoznania i nie zadawalać się tylko stawianiem rozpoznania ogólnikowego: ropowica. N a l e ż y w k a ż d y m p r z y p a d k u z d a w a ć

sobie dokładnie sprawę z warunków anatomicznych i interweniować celowo i wcześnie.

Profilaktycznie możemy osiągnąć najwięcej usuwając wcześnie korzenie z miazgami zgorzelinowemi, których nie możemy wyleczyć, usuwając zęby trzonowe z ziarniniakami, i poddając zęby z leczonemi korzeniami przed założeniem koron i mostków badaniu roentgenograficznemu.

Ciężkie sprawy należy przekazywać wytrawnemu chirurgowi-stomatologowi, wzgl. zawodowemu chirurgowi.

---

W końcu podam jeszcze szereg historyj chorób dla zilustrowania przebiegu ropowic, rozwijających się w różnych przestrzeniach międzypowięziowych jako i wykazujących poważne powikłania podczas przebiegu choroby. Dołączam także w streszczeniu opisy kilku ciekawszych przypadków z zejściem śmiertelnem z piśmiennictwa.

*Dokończenie nastąpi.*

## OCENA KSIĄŻKI.

**Tilmann: Trigeminus - Neuralgie und Zahnheilkunde. (Neuralgja nerwu trójdzielnego i zębolecznictwo).** Deutsche Zahnheilk. Nr. 74, 1929, str. 24.

Co jest przyczyną neuralgji, do dziś nie jest nam jeszcze dokładnie wiadomo. Wyraźne i jasne są tylko przypadki urazowe, ponieważ bóle w tym wypadku występują z powodu zmiażdżenia nerwu. Takie przypadki są stosunkowo łatwe do rozpoznania. Bóle neuralgiczne pochodzenia zębowego spotykamy dość często, a rozpoznanie ich przedstawia już pewne trudności. Zęby leczone i wypełnione mogą wywołać neuralgję jednakże często trudno stwierdzić, że dany ząb jest bezpośrednią przyczyną neuralgji, ponieważ często nie występują żadne objawy. Należy też pamiętać o tem, że pewne schorzenia ogólne mogą wywoływać bóle neuralgiczne. Do takich schorzeń zalicza autor malarję, kiłę, nowotwory, a także choroby nosa i jego okolic.

Tilmann podaje statystykę, na podstawie której stwierdza, że neuralgja gałęzi I. występuje bardzo rzadko, a najczęściej dotyczy gałęzi II. i III. Dlatego też dokładne zbadanie uzębienia w takich wypadkach jest nieodzowne i odgrywa ważną rolę. To samo należy uczynić z nosem i z jamą szczękową. W dalszym ciągu swej pracy autor omawia sposoby leczenia neuralgji, a więc: wstrzykiwania 60—80% alkoholu, naświetlania promieniami Roentgena i wyłuszczenie zwoju Gassera.

*Gorczyński* (Lwów).

T. KARNIBAD WARSZAWA
Kapitan lek.-dent.

# O POWOŁANIU LEKARZA DENTYSTY. *)

*De la vocation du médecin-dentiste.*

**Ueber den zahnärztlichen Beruf.**

Doc. pol. 6,0; 8,11.

Jak dawno istnieje ludzkość, tak dawno istnieje medycyna, gdyż pojęcie człowieka jest nierozerwalne z cierpieniem, t. j. z chorobą. To też od dawien dawna starano się temu cierpieniu pomóc i uważano tę pomoc za pewnego rodzaju posłannictwo; za dowód tego służy fakt, że medycyną przeważnie zajmowali się kapłani, którzy stali na najwyższym poziomie ówczesnej hierarchji społecznej. Szacunek jakim w starożytności otaczano lekarzy, wyda się całkiem usprawiedliwiony skoro uprzytomnimy sobie, jak wysoko cenili wówczas obowiązki lekarskie lekarze sami i społeczeństwo. U ludów pierwotnych dla nadania sobie powagi już w czasach najdawniejszych ludzie zajmujący się leczeniem starali się wyróżniać od swego otoczenia. Owi lekarze jadali inaczej, o innym czasie aniżeli reszta ich współplemieńców, nosili ubrania niezwykłe, zachowywali się dziwacznie i starali się lud utrzymywać w strachu. W dawnej Japonji zawodowi lekarskiemu poświęcali się tylko krewni cesarza i szlachta.

Lecznictwo w dziejach kultury zajmowało wybitne stanowisko o czem świadczą wykopaliska znalezione przez archeologów, sięgające do 5.000 lat wstecz, czyli do 3.000 lat przed Narodzeniem Chr. Biorąc to pod uwagę widzimy, że zawód lekarza nie jest sztucznie stworzonym, lecz jest koniecznością życia, a jedynie w miarę postępu wiedzy zawód ten zmienia swój charakter. Nie należy przypuszczać, iż każdy może stać się lekarzem, gdyż trzeba do tego posiadać nietylko specjalne zdolności, lecz również specjalne cechy charakteru. Jak wysokie wymagania stawiano lekarzom za dawnych czasów wskazuje na to przysięga, którą lekarze składali przed rozpoczęciem praktyki lekarskiej. Przysięga ta, zwana przysięgą Asklepiadów, brzmi, jak następuje: „Przysięgam na Apollina, na Eskulapa, na Hygieę i na Panakieę, na wszystkich bogów, że spełnię według mojego sumienia i wedle sił moich przysięgę niniejszą i to zobowiązanie w zupełności spełnię: nauczyciela mojego w tej sztuce szanować będę, jak własnych rodziców. Sposób życia urządzę dla pożytku chorych, podług siły i sumienia i chronić ich będę przed szkodą i krzywdą wszelką. Nawet proszony nigdy nikomu nie udzielę lekarstwa śmiertelnego, ani też nigdy sam nie powezmę takiego

---

* Referat wygłoszony na uroczystym obchodzie Dziesięciolecia Związku Lekarzy - Dentystów w Państwie Polskiem w Warszawie dnia 1. 1 1.1930.

zamiaru, ani też nie udzielę żadnej niewieście środka poronnego. Będę żył w czystości obyczajów, w niewinności i wykonywał moją sztukę. U żadnego chorego na kamień nie wykonam cięcia, lecz pozostawię to mężom w tem doświadczonym. Do czyjegokolwiek domu wejdę, chcę wejść dla dobra chorego, dalekim będę od wszelkiego bezprawia rozmyślnego i od wszelkiej sromoty, zdala od wszelkiej chuci lubieżnej tak względem niewiast jak i mężczyzn, tak względem wolnych, jak i niewolników. Cokolwiek zobaczę lub usłyszę podczas pełnienia obowiązków zawodu mojego, jako też poza obrębem czynności lekarskich, a co rozgłaszanem być nie powinno przechowam w milczeniu i zachowam w tajemnicy. Jeżeli przysięgi tej dotrzymam całkowicie i w niczem jej nie przekroczę, to niech mi wolno będzie być szczęśliwym w mojem życiu i w mojej sztuce i być poważanym od ludzi po wszystkie czasy. Jeżeli zaś przestąpię tę przysięgę i dopuszczę się krzywoprzysięstwa niechaj przeciwnej doznam doli".

Wszystkie wymagania jakie stawiała ta przysięga byłyby poza małymi wyjątkami aktualne i obecnie. Dużą wagę przywiązywano do wychowania lekarzy i kształtowania ich charakteru i wyglądu zewnętrznego. W starodawnych pomnikach piśmiennictwa sanskryckiego znajduje się ustęp w którym Susruta udziela lekarzowi następujących rad: „Odłóż wszystkie namiętności, gniew, chciwość, głupotę, próżność, dumę i zawiść, surowość, fałsz, oszukaństwo, lenistwo i naganne zachowanie się. Lekarz powinien pochodzić z dobrej rodziny, mieć język subtelny, wargi wązkie, zęby regularne, twarz szlachetną, dobrze uformowany nos i oczy, mieć umysł pogodny, wesoły, wdzięk i ruchy zgrabne i potrafić znieść trudy i bóle. Włosy i paznokcie miej obcięte krótko, noś brodę, ciało utrzymuj w czystości, odzież białą, obuwie na nogach i w ręce parasol lub laskę. Twój wygląd zewnętrzny ma być skromny, usposobienie czyste i bez złości. Masz być grzeczny w mowie i przyjaźnie usposobiony dla wszelkich jestestw żyjących". — Niestety, współcześni zapomnieli o niektórych tych cechach, jakie nakazywano dawniej lekarzowi; to też widzimy pewnego rodzaju upadek powagi naszego stanu, a przyczyna tego tkwi w tem, że lecznictwo uważane jest przedewszystkiem jako źródło najłatwiejszego i dobrego zarobku. Lecznictwu poświęcają się ludzie, którzy nie posiadają tych wszystkich cech i zdolności, jakie są wymagane od lekarza.

Wszystko to, co powiedziałem dotyczy lekarzy wszystkich specjalności i nie przesadzę, jeśli powiem, że od lekarza dentysty wymagane są te cechy, może w większej jeszcze rozciągłości. Obecny stan nauk lekarsko-dentystycznych ma tak różnoraki i szeroki zakres działania, że trudno jest znaleźć jednostkę tak wybitnie zdolną któraby w równej mierze mogła podołać wykonywaniu wszystkich specjalności w dziedzinie dentystyki.

Lekarz pragnący poświęcić się medycynie wewnętrznej specjalnie tylko ten dział wykonywa; innymi działami medycyny interesuje się o tyle, o ile są konieczne dla jego specjalności. Nawet w tym, już oddzielonym dziale medycyny ogólnej ,wytwarzają się specjalności w zależności od zdolności i powołania danego lekarza: są specjaliści chorób płuc, serca, przemiany materji, nerek, żołądka, kiszek i t. d. W chirurgji następuje też pewnego rodzaju specjalizacja, jako to: chirurgja kostna i chirurgja organów wewnętrznych. Stosunkowo mały odcinek medycyny ogólnej, jak okulistyka, również została rozdzielona, gdyż są lekarze, którzy przeprowadzają zachowawcze leczenie, inni zaś wykonywują zabiegi chirurgiczne. Jest to zresztą zupełnie zrozumiałe, że lekarz nie może być bezwzględnie wyszkolony i jednakowo zdolny we wszystkich gałęziach medycyny. Niestety tego rodzaju mylne stanowisko zajmują lekarze dentyści. Lekarz dentysta, po ukończeniu swoich studjów, obowiązany jest, w myśl niesłusznie utartego zwyczaju, wykonywać wszystkie działy dość skomplikowanej pod względem technicznym dentystyki, a mianowicie: dentystykę zachowawczą, chirurgiczną, protetyczną, ortopedję szczękową i ortodoncję. Czyżby do zawodu lekarsko-dent. garnęli się ludzie o tak wybitnych zdolnościach, że mogą z jednakową precyzją i zarówno skutecznie wykonywać te wszystkie, często bardzo różnorakie zabiegi ?Na to pytanie bezwzględnie musimy odpowiedzieć przecząco. Nie przynosi nam to jednak ujmy, gdyż stan ten nie jest przez nas stworzony, lecz jest on wynikiem niedoceniania wymagań stawianych jednostkom, poświęcającym się naszemu zawodowi. Należałoby uświadomić ogół, iż przed wybraniem zawodu lekarza - dentysty, powinno się brać pod uwagę te wszystkie czynniki, jakim jakim powinien w przyszłości odpowiadać lekarz-dentysta. Nie ulega wątpliwości, że ten, kto patrzy na studja dentystyczne jako na swego rodzaju szkołę rzemieślniczą, która ma mu w przyszłości dać tylko dyplom potrzebny do celów zarobkowania, nie będzie zastanawiać się nad sprawami nauki dentystycznej, jak również nad swojemi uzdolnieniami w tym kierunku. Dentystyka wymaga ciągłych studjów, tak samo, jak inne gałęzie medycyny; kto to zaniedbuje staje się jedynie rzemieślnikiem w swoim zawodzie.

Zębolecznictwo jako zawód, jak również i stan lekarzy dentystów oczywiście nie we współczesnem znaczeniu, istniało już 3,500 l. przed N. Ch. naco wskazują papyrusy egipskie i babilońskie, szczególnie papyrus Ebers'a, w którym między innymi wykazanych jest ośm różnych stanów chorobowych dotyczących zębów, jak również szereg środków leczniczych, dla uśmierzenia bólu i pękania ropni.

Znany badacz włoski, Belzoni, który pierwszy badał piramidę króla Chephrena, zmarłego około 4.500 lat temu, znalazł obok mumji króla ząb sztuczny wykonany z drzewa.

W muzeum w Corneto znajduje się dostawka złota z kółek i oprawionych i nie opiłowanych zębów wołowych, pochodzenie której przypisują czasom sięgającym około 1000 lat przed Narodzeniem Chrystusa. W muzeum w Olivetto znajduje się czaszka z tego samego okresu, na której zęby trzonowe jednej strony żuchwy związane są złotym drutem, prawdopodobnie dla ustalenia ich z powodu rozchwiania. Dużoby czasu zajęło przedstawienie prahistorji dentystyki do naszych czasów, czyli do okresu zwanego okresem Faucharda, jednakże muszę jeszcze wspomnieć o tem wielkiem znaczeniu, jakie w starożytności przywiązywano do uzębienia i jak wysoko je ceniono.

Pater Szai, mnich, badacz francuski, odcyfrował tablice odnalezione w Syrji, autorstwo których przypisywane jest Hamurabiemu z okresu 2.000 lat przed Nar. Chr., a w których poza ogromnym materjałem prawniczym, lekarskim i etyki lekarskiej znajdujemy następujące pouczenie: „dbaj o zęby swoje, gdyż chore zęby mogą ci spowodować chorobę oczu". W komentarzach, zaś do Biblji pisanych w języku chaldejskim znajdujemy następujący ustęp: „Jeśli niewolnikowi swojemy umyślnie lub przypadkowo wybijesz ząb winieneś puścić go na wolność bez żądania od niego odszkodowania. Nie dotyczy to młodocianego niewolnika, któremu wybijesz ząb mleczny.

Sądząc z tego, jak wysoko ceniono uzębienie w dawnych wiekach i z tego, jakie wymagania stawiano lekarzom, jakże wielkie wymagania powinniśmy stawiać sobie przy wykonywaniu swego zawodu!

Po za specjalnem umiłowaniem nauk przyrodniczych, które są podstawą medycyny, lekarz-dentysta winien okazywać specjalne zdolności do sztuki stosowanej. Biegłe wykonywanie zabiegów dentystycznych jest rzeczywiście sztuką i osobnik nie mający w tym kierunku uzdolnień, nigdy ich należycie nie wykona. Jak już wyżej wspomniałem różnorodność zabiegów, jakich wymaga dzisiejsza dentystyka z trudem wielkim tylko może być opanowana dokładnie przez przeciętnego osobnika. Należałoby przeto iść w kierunku ścisłej specjalizacji, to jest dać możność jednym specjalizowania się w leczeniu zachowawczem, innym w chirurgji, lub w wykonywaniu protez, innym w ortodoncji. Czy nie pożądane byłoby wytworzenie specjalistów w dziedzinie chorób zębów i jamy ustnej u dzieci? Wykonywanie wszystkich tych specjalności musi doprowadzić u jednostek przeciętnych do dylentantyzmu a przecież do poziomu przeciętnego winniśmy stawiać nasze wymagania.

Niepoślednią rolę w wyborze lekarza-dentysty odgrywa stan fizyczny osobnika, gdyż praca ta wymaga dużego nakładu sił, jest wyczerpującą fizycznie i nerwowo. Proszę nie posądzić mnie o hołdowanie wskazówkom Susruta, którego wyżej cytowałem, ale nie od rzeczy uważam jest zastanowić się również nad zewnętrznym wyglądem kandydata do naszego zawodu. Decydującym również w wyborze tego zawodu jest czynnik ekonomiczny. Pozatem, iż studja lekarsko-dentystyczne są najkosztowniejsze w stosunku

do innych wyższych studjów, gdyż wymagają dużej ilości narzędzi i pomocy naukowych, nie dają ze względu na obszerny program studjów i zajęć praktycznych połączyć się z ubocznem zarobkowaniem. To też, przyjmując pod uwagę minimum egzystencji w przeciągu 4-ch lat studjów i 2-ch lat praktyki, po uzyskaniu dyplomu jak również opłat szkolnych, poświęcający się tym studjom winien posiadać zabezpieczenie materjalne nie mniejsze jak 3.500 zł. rocznie, co wyniesie w ogólnej sumie 21.000 zł. Cóż dopiero mówić o urządzeniu własnej przychodni według nowoczesnych wymagań. Zarobki zaś lekarza-dentysty według statystyki prof. Cieszyńskiego stoją na najniższym poziomie w stosunku do innych specjalności lekarskich. Biorąc pod uwagę rozwój lecznictwa społecznego, większość lekarzy dent. może liczyć jedynie na minimum egzystencji, a tylko wybitne jednostki zdobędą sobie lukratywniejsze dochody z praktyki prywatnej. Na zakończenie przytoczę parę myśli zebranych przez Dra Władysława Biegańskiego, ujmując w jędrnej formie zasadnicze wymagania, stawiane osobom, poświęcającym się zawodowi lekarskiemu które w swoim czasie t. j. w 1897 i 1898 r. ukazały się w czasopiśmie „Krytyka lekarska".

„Praojciec naszej nauki, Hippokrates, twierdził, że najpierwszym warunkiem przy wyborze zawodu lekarskiego powinno być wrodzone usposobienie. Jakże często o tej prawdzie zapominamy! Dziś uczeń, wstępujący na medycynę, wszystko rozważa, lecz rzadko zapytuje siebie, czy dość będzie miał hartu duszy, aby podołać ciężkim a wzniosłym zadaniom lekarza'

„Kogo nie wzrusza niedola ludzka, kto niema miękkości i słodyczy w obejściu, kto niema dość siły woli, aby zawsze i wszędzie panować nad sobą, ten niech lepiej obierze sobie inny zawód, gdyż nigdy dobrym lekarzem nie będzie".

„Znałem lekarzy, którzy niecierpieli swego zawodu. Ludzie ci byli podwójnie nieszczęśliwi: najprzód dla tego, że nie mieli powodzenia w swoim zawodzie, następnie dlatego, że żyli w wiecznej rozterce moralnej. Czy może coś więcej ciężyć człowiekowi, jak przymus wykonywania przez całe życie tego, do czego czuje wstręt nieprzyzwyciężony.

Młodzieży wybierającej zawód, dałbym następującą radę: iść tylko za głosem powołania. Jestem najzupełniej przekonany, że człowiek, który lubi swój zawód, przy odrobinie zdolności zawsze wybić się musi. Przeciwnie, człowiek nie lubiący swego zawodu, i przy dużych zdolnościach do niczego nie dojdzie.

Ten jedynie może być szczęśliwym, kto polubił swój zawód, kto pracę uważa nietylko za mozolny obowiązek „lecz i za rozrywkę".

Dziękując za wysłuchanie mego wykładu, skończę słowami Adolfa Pepłowskiego, iż „umiłowanie zawodu, szczere wywyższenie go we własnem przekonaniu, chęć zaszczepienia w innych tego uznania, to najskuteczniejsze bodźce do podołania obowiązkom".

# Oceny i sprawozdania.

**Heyman Zygmunt, Lek. dent. (Włocławek). „Jacket"-Korona (Pochewkowa Korona porcelanowa). Wyd. II. Cena 20 zł.**

Autor w uwagach ogólnych powołując się na autorów zagranicznych i na własne doświadczenie poleca gorąco koronę porcelanową zamiast metalowej. Jest ona estetyczna, bardziej higjeniczna, a przypisowo wykonana też i trwalsza od metalowej. Następnie wymienia wskazania do wykonania korony żakietowej i zaleca ją nie tylko przy zębach martwych i zniszczonych w dużej części próchnicą, ale też przy zębach żywych, tam gdzie są wielkie ubytki. Przy zębach zdrowych zastępczo zamiast regulacji, przy zębach rachitycznych i zębach Hutchinsona. Przeciwwskazaniem wykonania korony porcelanowej jest schorzenie ozębnej i okolicy przyzębnej. (Roentgen).

W dalszym ciągu opisuje autor przygotowania pod koronę i podaje potrzebne do tego przyrządy. Ząb preparuje się w sposób podobny jak pod koronę metalową z tą różnicą, że tuż pod brzegiem dziąsła wypiłowuje się stopień szeroki na jeden i pół do dwóch mm, nadając zębowi wzdłuż całej długości ten sam obwód co przy stopniu, a to w tym celu, żeby wycisk z łatwością dał się zdjąć. Wyszlifowanie siatki w szkliwie przy preparacji uważam za zbyteczne. — Wycisk zdejmuje giętkim pierścieniem miedzianym wypełnionym zieloną masą Kerra, przystosowanym wprzód do dziąsła, przyczem uważać należy na wyrazistość stopnia. Model buduje z amalgamu albo z cementu, przedłużając go w formie korzenia, aby go móc osadzić w modelu gipsowym. Przedłużenie służy też do utrzymania modelu przy formowaniu matrycy platynowej. Następnie bierze zgryz i wycisk gipsowy.

Książka Heymana, wzorowana głównie na podręczniku Lewina, zaopatrzona jest bogato rycinami, zapożyczonemi częściowo u Lewina, Kirstena i Hovestada, które ułatwiają w dużej mierze zrozumienie i orjentację. Ryciny sposobów znieczulenia mogłyby być opuszczone, gdyż tu nie należą.

Autor ma tę zasługę, że pierwszy napisał taki podręcznik w języku polskim w sposób przejrzysty i dostępnie opisał wszystkie czynności aż do gotowego modelu. Żałować tylko należy, że autor wcale nie zajmuje się kwestją wypalania koron żakietowych, co przecież stanowi integralną część podręcznika o koronach porcelanowych, i życzyć sobie należy uzupełnienia brakującego dzieła, gdyż wtedy książka mogłaby oddać praktykowi dobre usługi [1]).

*Katzner* (Lwów).

---

[1]) Dopisek Redakcji: Określenie „Jacket-Korona" nie jest poprawne ani rzeczowo ani językowo. Wynalazcą korony nie był Jacket. Wyraz ten oznacza w języku angielskim to samo co „żakiet" = część ubrania męskiego. Możemy mówić więc o koronach „żakietowych" lub pochewkowych. Łączenie dwóch wyrazów w sposób używany przez autora, i utworzenie z nich jednego nieodpowiada duchowi języka polskiego. Gdyby faktycznie „Jacket" był wynalazną korony, należałoby określić koronę jako koronę Jacketa. Przy nowem wydaniu należałoby zwrócić uwagę także na styl i usunąć szereg błędów językowych; tytuły zaś rozdziałów powinny odpowiadać treści.

Dr. M. JANKOWSKI. LWÓW.
st. asyst. Instytutu dent. U. J. K.

# SPRAWOZDANIE Z KONGRESU WŁOSKIEGO STOMATOLOGICZNEGO, ODBYTEGO W DNIACH 15—21 WRZEŚNIA 1930 R. W WENECJI *).

*Congrès stomatologique italien à Venise. (15—21. IX. 30).*

**Bericht über den italienischen stomatologischen Kongreś in Venedig. (15 — 21. September 1930). — Schluss.**

Doc. pol. 9.41. Doc. int. 616.31(04) 063 — Venise.

B r u n e t t i (Wenecja). **Zapalenie ucha przy wyrzynaniu się zębów.**

Autor zwraca uwagę na stosunek jaki zachodzi między wyrzynaniem się zębów i chorobami ucha. Ten, kto zajmował się teorją, może łatwo zrozumieć rolę ucha podczas wyrzynania się zębów, ponieważ zachodzi ścisły związek między unerwieniem i unaczynieniem ucha, gardła i jamy ustnej.

Ze strony praktycznej zasługują na uwagę objawy ze strony ucha podczas pierwszego wyrzynania, jakoteż w okresie wyrzynania zębów stałych, zwłaszcza dolnego zęba mądrości. Można myśleć wtedy o ostrych objawach ze strony ucha środkowego lub o zapaleniu trąbki. Pewne znaczenie przypisać też należy bólom ucha podczas wyrzynania się dolnego zęba mądrości.

V e c c h i o t i (Medjolan). **Spostrzeżenia nad bruzdami języka.**

Autor zaznacza wedle licznych badań powierzchni grzbietowej języka osobników normalnych lub psychicznie nienormalnych, że rowkowanie u tych ostatnich (wyjątek stanowi rasa mongolska) nie są częstsze jak u osobników normalnych, w przeciwieństwie do zdania wielu autorów. Wedle nich bruzdy na językach mają być oznaką zwyrodnienia.

G i a c o s a (Turyn). **Ropotok zębodołowy w związku ze siłą żucia i zgryzem.**

Autor omawia okluzje i zgryz, oraz konstytucję ogólną i miejscową chorego. Podkreśla konieczność wykonania wycisku gipsowego w każdym przypadku ropotoku zębodołowego celem przekonania się, czy istnieją jakieś błędy artykulacji czy okluzji. Giacosa poleca również mierzenie siły zgryzu zgryzomierzem Habera i próby dla oznaczenia stopnia ruchomości każdego zęba. Znaczna liczba przypadków ropotoku zębodołowego spowodowana jest nieprawidłowością zgryzu i okluzji. Należy przeprowadzić kontrolę roentgenowską. Okluzja i artykulacja wadliwa spowodowana być może źle wykonanymi dostawkami. Następnie zastanawia się autor nad żuciem fizjologicznem i patologicznem. Leczenie powinno polegać na poprawie błędów artykulacji i podwyższeniu zgryzu przez spiłowanie i wyrównanie

*) Początek drukowany w Pol. Stomat. 1930 r. nr. 6 str. 337.

powierzchni zgryzowych. W końcu daje krótki opis systemu ustalenia i rozmaitych sposobów leczenia.

M o c z a r (Budapeszt). **Rozpoznanie roentgenowskie torbieli szczęki górnej.**

Rozpoznanie guzów szczęki górnej, torbieli i ich stosunku do jamy szczękowej napotyka często na wielkie trudności. Wypełniając torbiel materjałem kontrastowym łatwo usuwamy tę trudność. W ogólności posługujemy się w tym celu oleistym rozczynem jodu; lecz w przypadkach kiedy torbiele zawierają płyn wskazane jest użycie roztworów wodnych. Autor poleca 25% Lithium jodatum do tego celu; na Węgrzech otrzymać można ten roztwór pod nazwą „Lithimbral" w jałowych ampułkach. Urologowie używają go też często przy zdjęciach roentgenowskich nerek (Projekcja djapozytywów).

R a a b (Budapeszt). **Pogranicze stomatologji i rinologji.**

Koniecznem jest by stomatolog obznajomiony był nietylko z chirurgją ale i z rinologją i otologją, by znał

choroby krtani, gardła, ich stosunek do stomatologji,

ciała obce w gardle, krtani i oskrzelach w związku z zabiegami dentystycznemi. Objawy, ich leczenie,

pogranicze schorzeń nosa w stomatologji,

zapalenie jamy szczękowej pochodzenia zębowego i ropowice zaszczękowe pochodzenia zębowego,

pogranicze schorzeń ucha ze stomatologją,

pogranicze chorób oka i stomatologji, teorję ziarniniaków i zapaleń tęczówki.

G r e v e (Erlangen). **Ropotok zębodołowy.**

Przez ropotok zębodołowy rozumiano dawniej ropienie z torebek dziąsłowych, połączone z chwianiem się zębów, wskutek zaniku wyrostka zębodołowego; sprawa ta dotyczyła nie tyle wszystkich zębów, jak poszczególnych.

Ulubiona dziś nazwa parodentoza jest nieuzasadniona, gdyż dla istoty schorzenia nie stworzono przez to nowych podstaw (zapalenie jest jedynie objawem wtórnym).

P r z y c z y n a. Przyczyna ropotoku zębodołowego jest jak dawniej niejasna. Zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu mogą tu odgrywać rolę, nie dało się tego jednak dotychczas napewno stwierdzić. W każdym razie zaburzeń w przemianie jodu w organizmie nie stwierdzono. Jedynem co stwierdzić można jest pierwotny zanik kości, zanik wyrostka zębodołowego. Reszta objawów jest wtórna. Torebki dziąsłowe wywołane są zanikiem kości prawdopodobnie wskutek działania bakteryjnego. Czy kwasota krwi ma tu znaczenie jest kwestją. Dla wytłumaczenia przewlekłego stanu

zapalnego torebek dziąsłowych wystarczy zakażenie. Prócz drobnoustrojów w głębi torebek znajdują się spirochety i bacc. fusiformis. Oba razem działają szkodliwie na tkanki.

Patologja. Niszczące działanie wyżej wymienionych drobnoustrojów razem z drobnoustrojami ropotwórczemi tłumaczy dostatecznie, dlaczego zapalenie przewlekłe trudno można usunąć. Nieregularny zanik zębodołu, rozluźnienie lig. circulare i odsłonięcie gąbczastej istoty umożliwiają prawie nieograniczone wtargnięcie wgłąb drobnoustrojów.

Nie ulega wątpliwości, że zanik zębodołu może rozmaicie przebiegać. Stwierdzić można dwa krańcowo różne rodzaje:

1. Zanik zębodołu z obfitym kamieniem nazębnym z nieznacznem lub żadnem ropieniem.

2. Zanik zębodołu prawie bez kamienia z obfitem ropieniem z zębodołu i chwianiem się zębów. Pierwsza postać jest częstsza, około 95% przypadków. Druga jest rzadsza, około 5% przypadków. Przy tej drugiej postaci ropienie i kamień nazębny jest objawem wtórnym prawdopodobnie wskutek zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu, jednak wyraźnych wpływów nie stwierdzono. Istnieją przejścia między obu postaciami.

Słuszne oznaczenie pierwszej postaci byłoby: atrophia simplex, dla drugiej atrophia complex.

Rozpoznanie różniczkowe. Rozpoznanie różniczkowe atrophia simplex i complex wedle objawów nie jest trudna. Rozmaite postacie przejściowe zacierają jednak obraz.

Leczenie. Jedynem leczeniem jest usunięcie torebek. Leczenie wewnętrzne dotychczas nie dawało widocznych wyników. Przy atrophia simplex z obfitym kamieniem (Schmutzpyorrhoea wedle Gotlieba), głównym warunkiem jest zupełne usunięcie kamienia. Kwestją upodobania operatora jest, czy należy wykonać odsłonięcie dziąsła, czy nie. W wielu przypadkach jest to zbyteczne, lecz leczenie się przewleka. W okolicy trzonowców jest to niemożliwe. Przy drugiej postaci jest operacyjne leczenie dziąseł często niebezpieczne. Brak jest reakcji ze strony zanikającej kości i zęby szybciej wypadają.

Za najlepszy sposób uważam zupełne zniszczenie torebek dziąsłowych aż do brzegu zanikłego wyrostka.

Doświadczenie uczy, że przez kaustykę następuje wybitna przemiana materji, co sprowadza istotne polepszenie a nawet wyleczenie (oczywiście bez regeneracji zanikłej kości).

Arlotta (Medjolan). **Rozważania nad przypadkiem obszernej torbieli zębowej szczęki górnej.**

Autor operując posługiwał się modyfikacją metody Partscha, usunąwszy ze szczęki górnej lewej u człowieka 30-letniego torbiel zębową.

która miała objętość wielkiej pomarańczy. Największa średnica wynosiła 9 cm. Poza wymiarami do których doszła torbiel przypadek ten zasługuje na uwagę, ze strony chirurgicznej i anatomo-patologicznej. Mimo jej rozmiarów można było bowiem usunąć torbiel i utrzymać część ściany z korzeniem zęba, od którego wyszło |6 oraz ścianę jamy szczękowej zmniejszonej do małych rozmiarów.

M a c c a f e r r i (Bolonja). **Wady szwu metalowego przy leczeniu złamań szczęki dolnej.**

Autor po kilku krótkich rozważaniach krytycznych, dotyczących sposobów znanych w chirurgji w leczeniu złamań szczęki dolnej, poddając krytyce względy, przemawiające przeciw szwom metalowym. Dla zademonstrowania szkód wywołanych szwem metalowym podaje 8 przypadków obserwowanych wybranych z najbardziej jasnych i przekonywujących z oddziału chirurgiczno-stomatologicznego Instytutu w Bolonji.

Autor doszedł do następujących wniosków:

1. Przy złamaniach szczęki dolnej, jakiegokolwiek rodzaju szew kostny jest w ogólności szkodliwy.

2. Materjał użyty jest zawsze ciałem obcem i jako takie prędzej czy później zostaje wydzielony.

3. System leczenia powinien zawsze być ortopedyczny, gdyż jedynie w ten sposób można przywrócić postać i funkcję złamanej żuchwie.

C s e r n y e i: **Wyleczenie po odcięciu szczytu korzenia.**

Autor przedstawia dwa preparaty histologiczne, wykonane w 6 miesięcy po odcięciu wierzchołków korzeni zębów psa. Pierwsza operacja wykonana była metodą Partscha i widoczną była blizna w zębodole i nowa kość nie czyni żadnego postępu. Druga operacja wykonana była metodą osteoplastyczną poleconą przez autora — przedstawia ona okresy kostnienia, co można również stwierdzić roentgenologicznie.

P o t o t s c h i n g i M a r t i n e l l i (Vincencja). **Rozległy szkliwiak szczęki dolnej. Resekcja żuchwy. Proteza definitywna.**

Autorowie przedstawiają człowieka 64-letniego, u którego operowano szkliwiak szczęki dolnej. Guz rozwijał się przez 16 lat(?) i przybrał w ostatnim czasie rozmiary takie, że żucie stało się niemożliwe. W znieczuleniu miejscowem wykonano typową resekcję prawej żuchwy z założeniem natychmiastowem protezy Schrödera. Następnie założenie protezy definitywnej, która pozwala na doskonałe żucie.

A r l o t t a (Medjolan). **Wtórne złamanie żuchwy spowodowane przez contre-coup, umiejscowione naprzeciw pierwotnego złamania spowodowanego uderzeniem pięścią.**

Z 67 przypadków złamań dolnej szczęki, leczonych do czerwca 1930, 19 spowodowanych było uderzeniem pięścią. Badania kliniczne i roentgenowskie wykazały, że w 12 przypadkach na 18 wymienionych i stniały podwójne złamania, to znaczy jedno bezpośrednie w miejscu uderzenia, drugie per contre-coup po stronie przeciwnej.

Miejscem dysponowanem do tego wtórnego złamania jest gałąź wstępująca szczęki dolnej i trzon żuchwy w okolicy 2-giego i 3-ciego trzonowca.

Przy złamaniach szczęki dolnej, spowodowanych uderzeniem pięścią należy się przekonać, po stwierdzeniu złamania pierwotnego, czy istnieje również złamanie wtórne.

Cavina (Padwa). **Poprawa chirurgiczna hypergnatji żuchwy.**

Autor opisuje aktualne metody używane do usunięcia tej wady szczęki dolnej, technikę i wyniki wypadku, który miał sposobność operować. Stosował przytem wycięcie nadmiaru żuchwa w okolicy przedtrzonowców drogą introaralną z zachowaniem tętnicy i nerwu.

Souvenero-Roselli (Medjolan). **Płaty skórne przy chirurgicznem uzupełnianiu braków błony śluzowej jamy ustnej.**

Braki błony śluzowej jamy ustnej są punktem wyjścia zmian czynnościowych i estetycznych dość poważnych jak zrosty, blizny ściągające, przykurcze etc., nie dające się zmniejszyć trudności funkcjonalne, często też powikłania kosmetyczne bardzo nieprzyjemne. Najlepszą metodą leczenia jest użycie płata skórnego wedle techniki opisanej przez autora w szczegółach. Płat skórny okazuje się też odpowiedni dla zastąpienia błony śluzowej jamy ustnej nietylko z punktu widzenia czynnościowego ale i estetycznego.

Souvereno-Roselli Medjolan). **Plastyka warg i brody.**

Przy zniekształceniach wrodzonych, przy braku tkanek po urazach, chorobach, zniekształceniach pooperacyjnych ect. cały szereg nowych sposobów przeważnie zmodyfikowanych przez autora, pozwala na chirurgiczną naprawę warg i brody; wyniki mają bardzo ważne znaczenie czynnościowe i kosmetyczne.

Szabo (Budapeszt). **Zmiany histologiczne w błonie śluzowej jamy ustnej spowodowane przez ssawki protez górnych.**

Badania histologiczne wykazują wpływ działania ssącego na tkanki błony śluzowej podniebienia, występujące jako przerost nabłonka błony śluzowej. Przekrój histologiczny daje podobieństwo do condyloma acuminatum.

R o s s a n o (Bolonja). **Kilka zmian w technice; wykonywanie półkorony Ranka.**

Autor opisuje oryginalną metodę Ranka dla preparowania swojej półkorony. Wymienia wskazania i przeciwwskazania, opisuje trudności techniczne, które dzięki własnym modyfikacjom usunął.

C a m p a t e l l i. **Podpora siodełkowata przy uciskach.**

Przy długich mostkach i słabych filarkach umieszcza autor w przęśle mostka podpórkę, opierając się na wyniku zębodołowym.

F e r r a r o (Turyn). **Rozważania nad techniką mostków ustalających przy ropotoku zębodołowym.**

Jest wiadomem, że przy ropotoku zębodołowym zwłaszcza w postaciach z zanikiem pionowym, zęby przednie zwłaszcza sieczne mają skłonność do przechylania się ku wargom. Przy ustalających mostkach zwłaszcza dla zębów przednich można często zauważyć, że roboty złote typu Mamloka, które najbardziej są rozpowszechnione, nie są wystarczające dla powstrzymania tego przechylenia. Zdaniem autora jest w pewnych wypadkach lepszą korona okienkowa.

H o p s t e i n (Schwarzenberg). **Racjonalne leczenie zębów dzieci w wieku szkolnym.**

Autor uważa za konieczną opiekę nad jamą ustną dziecka od 6-tego roku życia, aby móc opanować przedwcześnie objawy patologiczne zębów i jamy ustnej. Systematyczna opieka daje najlepsze wyniki przy najmniejszych kosztach. Nie powinna zachodzić różnica między leczeniem dzieci miejskich i wiejskich — dla ostatnich można wprowadzić ambulatorja w samochodach. Dla prowadzenia tej służby należy utworzyć kursy dla dentystów miejscowych, demonstrować zasady naukowe zapomocą projekcyj, dobre i złe strony rozmaitych metod oraz szkody, które mogą wyniknąć z zaniedbania higjeny jamy ustnej.

Q u i n t a r e l l i. **Wyniki dwu lat pracy stomatologicznej Szpitala wojskowego marynarki w Wenecji.**

Autor podaje wyniki pracy dwu lat, przedstawiając kilka przypadków klinicznych.

F r a n c i (Siena). **Próchnica zębów w związku z solami wapnia zawartemi w wodzie do picia.**

Szerzenie się próchnicy zębowej między dziećmi szkolnemi ujęto w dwie statystyki — jedną z r. 1913, kiedy Siena zaopatrywana była we wodę, której stopień twardości wynosił 32,03 — druga w r. 1930 przy twardości używanej wody 3,7. Statystyka wykazuje, że różnica twardości i zawartości soli wapniowych w dwu używanych wodach nie miała wpływu

na szerzenie się próchnicy zębowej, stosunek dzieci dotkniętych próchnicą wynosił bowiem tak samo jak dawniej 90%, przyczem przypadało przeciętnie 6 zębów próchniczych na jedno uzębienie.

Zangri (Medjolan). **Częstość próchnicy pierwszych trzonowców u dzieci.**

Autor czynił dokładne obserwacje, dotyczące próchnicy zęba 6-go u dzieci między 6—11 rokiem życia, t. j. do wyrznięcia się drugiego trzonowca. Badał 2507 dzieci szkół publicznych w Medjolanie; pomiędzy niemi u 1730 stwierdzono próchnicę pierwszego trzonowca, co stanowi 69% (chłopców 71%, dziewcząt 67%). — Autor jest zdania, że częstość próchnicy zęba 6-go spowodowana jest tem, że w zębie tym jako pierwszym występuje wapnienie i że jest wcześniej od innych narażony na czynniki wywołujące próchnicę.

Babini (Ravenna). **Wiadomości dentystyczne w pierwszych stuleciach po r. 1000. Guglielmus de Saliceto i Arnoldus de Villanova (1200). Guglielmus de Varignane i Valerius de Taranto (1300).**

Bardzo rzadkie w tych pierwszych wiekach było leczenie lekarskie, a jeszcze mniej zajmujące się dentystyką. W tych przypadkach zastanawiano się bardziej z punktu widzenia lekarsko-filozoficznego, niż chirurgicznego. Mimo to pojęcia te są bardzo interesujące, ponieważ zawierają historję naszej specjalności. Rozpoznanie, symptomatologja, patologja, leczenie, są dość dokładnie opisane.

Gaini (Medjolan). **Działanie amalgamu srebra i miedzi na miazgę zębową zwierząt.**

Autor badał eksperymentalnie działanie amalgamu srebra i miedzi na miazgę zębową zwierząt (psów) i doszedł do następujących wniosków: Amalgamy srebra i miedzi bezpośrednio wprowadzone do ubytków głębokich zębów przednich psów na 150 dni nie wywołały żadnych zmian w miazdze; stwierdzono natomiast histologicznie nammm uszkodzenie zębiny i wypełnienia oraz wytworzenie się wtórnej zębiny.

Moczar (Budapeszt). **Nowa metoda zamykania przetok jamy szczękowej pochodzenia zębowego.**

Do przetok jamy szczękowej nie dających się wyleczyć, które towarzyszą ekstrakcjom zębów, przyłącza się bez wyjątku zapalenie ropne ostre lub przewlekłe jamy szczękowej. Metody operacyjne używane obecnie dla zamknięcia tych przetok dają wtedy dobre wyniki, kiedy jama szczękowa jest nienaruszona, lub o ile stan zapalny usunięto przed chirurgicznym zabiegiem. Wskazane było znaleść metodę, która równocześnie

leczy stan zapalny jamy szczękowej i przetok. Metoda autora jest następująca: Po uniesieniu błony śluzowej nad przetoką i zębami nacina otwór przetoki, otwiera jamę szczękową od fossa canina i kończy operacją radykalną. Następnie wyskrobuje otwór przetoki i usuwa wystające brzegi kostne. W końcu reponuje płat błony śluzowej w ten sposób, że umocowuje brodawki zębów sąsiednich i przednich w zagłębieniu, tak, że brodawki tworzą jakby specjalny płat. Brodawki przymocowuje kilku szwami do błony śluzowej podniebienia i do zębów sąsiednich. Drugą część płata przyczepia kilku szwami do przestrzeni międzyzębowych. Następuje potem leczenie zwyczajne systematyczne jamy szczękowej i wyjęcie szwów po 8—10 dniach.

Albanese (Arezzo). **Naświetlanie ogólne przy próchnicy zębów w dzieciństwie.**

Autor opisuje wyniki około 10 lat przy stosowaniu ogólnego naświetlania naturalnego i sztucznego przy próchnicy zębowej w dzieciństwie. W metodzie tej widzi skuteczną broń przeciw próchnicy.

Morelli (Budapeszt). **Nowe kierunki leczenia ropotoku zębodołowego.**

W większości przypadków możemy odróżnić przyczyny ogólne i miejscowe tej choroby. Leczenie jest indywidualne i zarówno miejscowe jak i ogólne. Wyniki są zadowalające. Leczenie objawów ogólnych należy do lekarzy. Leczenie miejscowe ma dwa zadania: przywrócenie tkanki do stanu pierwotnego, oraz następnie utrzymanie tegoż stanu. W tym celu poleca autor szereg metod praktycznych.

Casarotto (Medjolan). **Ropotok zębodołowy. Leczenie aparatami ustalającemi.**

Ropotok zębodołowy jest chorobą, którą można leczyć z dobrym wynikiem, i to tem łatwiej, im okres jest wcześniejszy. Jeśli jest schorzeniem na tle konstytucjonalnem należy stosować leczenie ogólne i miejscowe. Zęby chwiejące się należy ustawić aparatami ustalającemi, przytem powinien być nacisk na powierzchnię zgryzową jednolity i równoczesny. Warunki higjeniczne w jamie ustnej powinny być zachowane; resztki pokarmów nie powinny się zatrzymywać. — Z pomiędzy wszystkich aparatów ustalających autor poleca szynę Mamloka. (Pokazy modeli i zdjęć roentgenowskich).

---

**Prof. dr. Antoni Cieszyński** mianowany został członkiem Akademji dentystycznej w Chicago.

# Zjazdy naukowe.




**V. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY WE LWOWIE**

**od 28. czerwca do 1. lipca 1931 r.**

**Tymczasowy program szczegółowy wraz z informacjami dodany jest do niniejszego N-ru jako osobny załącznik**

## F. D. I.

### 8. MIĘDZYNARODOWY KONGRES W PARYŻU OD 3—8 SIERPNIA 1931.

**Komunikat III.** [1])

Komitet Organizacyjny 8. Międzynarodowego Kongresu w Paryżu przesyła zaproszenie do udziału w tymże Zjeździe i dołącza następujące informacje:

**Warunki udziału w Zjeździe:**

**Polski Komitet Narodowy F. D. I.** — Lwów, Zielona 5 a jest Komitetem krajowym, pośredniczącym między uczestnikiem Zjazdu, wyjeżdżającym z Polski a Komitetem Organizacyjnym. Wszelkie zgłoszenia należy przesyłać pod jego adresem. Zgłoszenia należy uskuteczniać na formularzach oficjalnych. Formularze zgłoszenia udziału w Zjeździe, zgłoszenia wykładów, pokazów i udziału w wystawie wysyła P. K. N. — F. D. I. Kolegom zgłaszającym się listownie.

Przyjęcie na członka kongresu zatwierdzić musi Komitet organizacyjny. Członkowie mogą być czynni, honorowi lub uczestnicy.

A) Członkowie czynni:

Jako członka czynnego przyjmuje się:
każdego lekarza-dentystę, który osiągnął dyplom w kraju, w którym studjował, lub w kraju, w którym wykonuje zawód, pod tym jednak warunkiem, że poda go lub zatwierdzi jego Komitet narodowy po złożeniu składki członkowskiej w wysokości 250 franków franc.

Każdy starający się o udział w kongresie jako członek czynny musi w podaniu wymienić:

---

[1]) Komunikat 1 i 2 w Pol. Stom. z 1930 r., str. 353 i str. 368 (Przepisy dotyczące rękopisów i wykładów).

1. swój stopień zawodowy i naukowy;
2. Związki zawodowe, do których należy;
3. swój dokładny adres.

Następnie dołączyć ma do podania swój bilet wizytowy i składkę członkowską.

Po przyjęciu otrzymuje kandydat kartę członkowską na VIII. Międzynarodowy zjazd stomatologiczny. Karta ta zaopatrzona w podpis przewodniczącego i skarbnika, jest potwierdzeniem przyjęcia.

Wstęp na obrady kongresu dozwolony jedynie jest za okazaniem karty imiennej właściciela, zaopatrzonej w jego podpis.

B) Członkowie honorowi:

Komitet organizacyjny mianuje członków honorowych.

C) Uczestnicy zjazdu, którzy nie mogą być czynnymi członkami:

Uczestnikami zjazdu mogą być za zgodą Komitetu organizacyjnego:

a) krewni członków zjazdu;
b) studenci dentystyki i medycyny za okazaniem poświadczenia wciągnięcia na listę studentów, w którym są imatrykulowani;
c) wystawcy lub ich zastępcy.

Do przyjęcia na uczestnika zjazdu nalejy do podania dołączyć:

1) Nazwisko czynnego członka, z którym starający się o uczestnictwo jest spokrewniony i stopień pokrewieństwa;
2) Student dentystyki lub medycyny — poświadczenie imatrykulacji.

Uczestnicy otrzymują po przesłaniu składki członkowskiej kartę zaopatrzoną w podpis przewodniczącego i skarbnika. Kartę tę jako poświadczenie przyjęcia należy okazać przy wejściu na salę obrad kongresu. Każde niewymienione powyżej podanie należy przedłożyć do rozstrzygnięcia Komitetowi organizacyjnemu, który wspólnie z Komitetem narodowym danego kraju może je przyjąć lub odrzucić.

**Tymczasowy program 8. Międzynarodowego Kogresu dent.:**

**Sobota 1. VIII.** godz. 20.30 wiecz. posiedzenie F. D. I.

**Sobota 1. VIII. i niedziela 2. VIII.** od 9—12 i od 14—17.

Wpis przybyłych uczestników w Grand Palais.

Legitymacje należy tamże ostemplować i odebrać odznakę, programy i zaproszenia.

Referenci, którzy zgłosili wykłady otrzymają tamże informacje w sekretarjacie odnośnie do ich wykładów i pokazów.

godz. 15-ta: Posiedzenie F. D. I.

godz. 20.30: przyjęcie uczestników Kongresu przez Komitet Organizacyjny w Wersalu. Wyjazd osobnym pociągiem z dworca Gare des Invalides.

**Poniedziałek 3. VIII.** rano: Otwarcie Kongresu.

po południu: Posiedzenie naukowe.

godz. 21-sza: Przyjęcie w Wystawie Kolonialnej.

**Wtorek 4. VIII.** rano: Posiedzenie plenarne — referaty.
po południu: Posiedzenie sekcji.
godz. 15-ta: Przyjęcie w Ratuszu (Hotel de Ville).

**Środa 5. VIII.** przed i po południu: Posiedzenie plenarne (Referaty).
po południu: Wycieczki w grupach (Orly, Fontainebleau, Malonaison, Saint Germain, etc.).

**Czwartek 6. VIII.** przed i po południu: Demonstracje.
godz. 12-ta: Uroczyste posiedzenie ku czci Ch. Godona.
godz. 20.30: Przedstawienie uroczyste w Operze.

**Piątek 7. VIII.** przed południem: Demonstracje.
po południu: Posiedzenie sekcji.
godz. 20-ta: Bankiet.

**Sobota 8. VIII.** przed i po południu: Demonstracje.
po południu: Posiedzenie wspólne i sekcyj. Zamknięcie Kongresu.
godz. 20.30: Posiedzenie F. D. I.

W y s t a w a dzieli się na trzy oddziały:
I. Wystawę naukową; II. Higieniczno - dentystyczną; III. Retrospektywną.

Biorący udział powinni zgłosić eksponaty na specjalnym formularzu. Do eksponatów należy przypiąć sztywną kartkę i wykazy pisane maszyną w językach kongresowych. Eksponaty mają być nadesłane pod adresem firmy spedycyjnej: Mr. Gondround - Frères, 22, rue de la Douane — Paris, która na rachunek wystawcy załatwia sprawy celne, ubezpieczeniowe i dowozu. Otwarcie eksponatów przez firmę ekspedycyjną nastąpi między 10. a 20. VII. w Grand Palais. Na skrzyniach mieścić etykietę pokreśloną czorwono-niebiesko z napisem:

**8. Congrès Dentaire International**
**Exposition Scientifique — Grand Palais à Paris.**

Wystawca: nazwisko, adres:
Adresat: nazwisko, adres:

Wystawcy, którzy przywożą eksponaty mają ustawić je najpóźniej na dwa dni przed rozpoczęciem Kongresu na stołach i ścianach z a m ó w i o n y c h n a j p ó ź n i e j n a d w a m i e s i ą c e przed rozpoczęciem wystawy. Zgłoszenia dla wystawy naukowej: Mr. Morineau — 4, Ave de l'Opera, Paris I-er.; dla wystawy higjeny: Mr. Ferrand, 6, rue de Châteaudun, Paris; dla retroperspektywnej wystawy: Mr. Bouland — 60, rue du Rocher, Paris.

**Podkomitet P. K. N. — F. D. I. dla 8. Kongresu w Paryżu**, zorganizował się w Warszawie. Adres: Dr. L e o p o l d B r e n n e j s e n, W a r s z a w a, ul. M a r s z a ł k o w s k a 48. Podkomitet warszawski organizuje w s p ó l n y w y j a z d K o l e g ó w d o P a r y ż a n a K o n g r e s; koszt wycieczki 10-dniowej do Paryża na Kongres „Francopol" określił na 724 zł. od osoby, z czego ma być odliczone jeszcze 40 zł. na zwiedzenie

miasta, jeżeli zajmie się tem Komitet organizacyjny Kongresu. Szczegóły będą ogłoszone w kwietniowym numerze „Przeglądu dentystycznego". Paszporty będą ważne na miesiąc. Podróż może się odbyć z innemi grupami wycieczkowemi „Francopolu", które wyjeżdżają na wystawę kolonjalną. Koszt utrzymania na czas przedłużenia pobytu ponosi podróżujący. Wyjazd koleją II. klasą.

**I. Kongres Międzynarodowy elektroradjologiczno - dentystyczny w Paryżu** odbędzie się prawdopodobnie łącznie z 8. Międzynarodowym Kongresem dentystycznym w Paryżu. Termin nie jest jeszcze dokładnie oznaczony.

Przewodniczącym kongresu jest prof. dr. Barail.

Delegatem na Polskę mianowany został prof. Cieszyński, który w najbliższych dniach zorganizuje polski Komiett narodowy tegoż zjazdu i udzielać będzie wszelkich informacyj. Komunikat szczegółowy podany zostanie w numerze następnym.

Uprasza się Kolegów, którzy zajmują się elektroradjologją dentystyczną o nadesłanie swego adresu pod adresem delegata na Polskę: Lwów, ul. Zielona 5 a.

Równocześnie przeprowodzamy rejestrację wszystkich Kolegów, którzy posiadają własne aparaty roentgenowskie oraz tych roentgenologów, którzy wykonują zdjęcia dla celów dentystycznych. Prosimy o nadesłanie Swoich adresów.

## A. S. I.

## I. KONGRES MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO W BUDAPESZCIE OD 2 DO 7 WRZEŚNIA 1931.

### Komunikat III.

Pod Protektoratem Regenta Węgier Nicolasa Horthy'ego de Nagybánya oraz hr. E. de Bethlen, prezydenat parlamentu hr. Kuno Klebelsberga, ministra W. R. i O. P., ministra Dra Aleksandra Ernszta, ministra Opieki Społecznej i Higjeny

Prezesi honorowi: Dr. Fr. Ripka, pierwszy burmistrz m. Budapesztu, dr. Eugenjusz Sipöcz, burmistrz m. Budapesztu, dr. K. Scholtz sekretarz Ministerstwa Opieki Społecznej, dr. Kálmán Szily sekretarz Ministerstwa W. R. i O. P. dr. Ludwik Nékám, rektor Uniwersytetu budapeszteńskiego, dr. J. Chompret, Paryż, honorowy prezes A. S. I., dr. Coën - Cagli, Rzym, wiceprezes A. S. I.

Przewodniczący Zjazdu: Prof. Dr. Józef Szabó, Budapeszt, prezes A. S. I., dr. Józef Sturm, sekretarz jeneralny A. S. I., prof. Dr. Henryk Salamon, Budapeszt, dr. van Mossuenck (Louvain), wiceprezes A. S. I., dr. A. Herpin, Paryż wiceprezes A. S. I.

Sekretarz jeneralny: Prof. Dr. Gustav Morelli Budapeszt IV. Városház-utca 14.

Skarbnik: Dr. Stefan Varga, Budapeszt, IV. Muzeumkörut 39.

**Delegaci komitetów narodowych A. S. I.:** Niemcy: Prof. Dr. J. Moral Rostock; Austrja: Dr. A. Schlemmer Wiedeń; Belgja: Dr. van der Ghinst, Bruksela; Bułgarja: Dr. I. Kalmi, Sofja; Danja: Prof. Dr. M. Melchior, Kopenhaga; Estonja: Dr. K. Stern, Tallinn; Francja: Dr. J. Chompret, Paryż; Holandja: Dr. L. de Ruyter-Mayer, Amsterdam; Węgry: Dr. J. Sturm, Budapeszt; Włochy: Prof. A. Perna, Rzym; Polska: Prof. A. Cieszyński, Lwów; Portugalja: Dr. P. Varela, Lizbona; Rumunja: Dr. A. Dumitras, Bukareszt; Czechosłowacja: Doc. dr. K. Černý, Praga; Dr. A. Kemeny, Koszyce; dr. M. Lederer, Praga; U. S. A. Dr. J. Asgis, New York; Jugosławja: Dr. M. Petrowič, Beograd.

**N b. Wszystkich informacyj udziela prof. dr. Morelli,** sekretarz jeneralny kongresu Budapeszt IV. Városház - utca 14.

**Z końcem marca ukaże się komunikat IV. zawierający informacje odnoszące się do podróży, kwater, wycieczek i zgłoszeń na kongres.**

Budapeszt, 28 lutego 1931. Komitet organizacyjny.

**Tymczasowy program I. Międzynarodowego kongresu A. S. I.**

(Języki Kongresowe: Węgierski, francuski, angielski, niemiecki).

**Tematy główne:**

1. Profiaktyka i próchnica zębów:
   a) Djetetyka w chorobach zębów (badania eksperymentalne i kliniczne. Ref. pani May Mellanby Sheffield).
   b) O profilaktyce próchnicy w dentystyce społecznej i rodzinie. Ref.: Prof. Perna, Rrzym.
2. Chirurgja szczęk i twarzy:
   a) Fraktury żuchwy. Ref. prof. Cavina, Bolonja.
   b) Chirurgja plastyczna żuchwy. Ref. prof. Cavina, Bolonja.

   Do dyskusji zgłoszeni:

   Prof. Lindemann, Düsseldorf: O transplantacjach kostnych w obrębie szczęk.

   Doc. Dr. Ertl, Budapeszt: Transplantaty giętkie ubytków szczękowych. O regeneracji kostnej.

   c) Złamania szczęki górnej. Ref. prof. Bruhn, Düsseldorf.
   d) Wrodzone i nabyte wady szczęk. Ref. prof. Pichler, Wiedeń.

   Do dyskusji zgłoszeni:

   Prof. Lindemann, Düsseldorf; Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie nieprawidłowości szczęk.

   e) Chrzęsty stawu żuchwowego i ich leczenie na podstawie 15 operowanych i histologicznie zbadanych przypadków; ref. prof. Axhausen, Berlin.
   f) Protetyka chirurgiczna szczęk; ref. prof. Bruhn, koreferuje prof. Lindemann, Düsseldorf.
   g) Zapalenie łączno-tkankowe szyi i twarzy pochodzenia z jamy ustnej i uzębienia. Referenci: dr. Chompret i dr. Décheaume, Paryż.

W dyskusji przemawia:

Dr. Móczár, Budapeszt: Leczenie chorób okostnej pochodzenia zębowego i ich powikłań.

3. Zakażenie ogniskowe pochodzenia ustnego i zębowego. O zagadnieniu zakażenia ogniskowego na podstawie badań eksperymentalnych. Ref. prof. Fischer, Rostock.

4. Leczenie przewodów zębowych. Kontrola różnych metod wypełnień korzeniowych. Ref. doc. Gottlieb, Wiedeń.

5. Protetyka dentystyczna. Statyka kośćca twarzowego i problem artykulacji uzębienia. Nowe punkty widzenia dla budowy zgryzadeł. Ref. prof. Cieszyński, Lwów.

**Tematy do dyskusji w sekcjach:**

Dr. Blasius, Budapeszt, prof, med. sąd.: Zagadnienie odpowiedzialności lekarskiej.

Dr. A. de Korányi, Budapeszt, prof. med. wew. (Temat zastrzeżony).

Dr. Zoltán de Vámossy, Budapeszt, prof. farm. (Temat zastrzeżony).

Dr. A. Csilléry, Budapeszt. (Temat zastrzeżony).

**Wykłady na tematy wolne zgłoszone do dnia 28 lutego 1931 r.**

Dr. Rousseau Decelle, Paryż: Wpływ gruczołęw o wewnętrznem wydzielaniu w stomatologji.

Dr. Watry, Bruksela: Organizacja medycyny społecznej zapobiegawczej podstawą profilaktyki jamy ustnej i uzębienia.

Prof. dr. Proell, Greifswald: Jakie wnioski można wyciągnąć ze studjum wykopalisk prymitywnych narodów dla praktycznej i teoretycznej dentystyki?

Dr. Cimino, Palermo: Budowa błony śluzowej podniebienia twardego i w innych okolicach.

Prof. Taviani, Vinci: O morfologji powstania niektórych nieprawidłowości zębowych.

Dr. Csernyei, Medjolan: O zmianach aplikalnych ozębnej przy zgorzeli.

Prof. dr. Gasparini, Rzym: Bliźniacze zęby mleczne u osobnika 13-letniego

Prof. dr. Gasparini, Rzym: Przyczynek do rozpoznania klinicznego, anatomohistopatologicznego żuchwy. Mięśniaka włóknistego.

Prof. Hentze, Kolonja: Reinplantacja i transplantacja zębów.

Dr. Weinmann, Wiedeń: Podstawy ustrojowe rozlanego zaniku.

Prof. dr. Orbán, Wiedeń: Patologja ropotoku zębodołowego.

Prof. dr. Fischer, Hamburg: Histopatologja miazgi przy chorobach w okolicy przyzębnej.

Prof. dr. Fischer, Hamburg: Film dentystyczny z dziedziny znieczulania miejscowego.

Dr. Linka, Tryjest: O narkozie komórkowej i sposobie zastosowania jej w stomatologji.

Prof. Feiler, Frankfurt: Rozpoznanie różniczkowe do leczenia chirurgicznego i zachowawczego zapalenia okolicy szczytowej ozębnej.

Prof. Münch, Würzburg: Cele i granice amputacji miazgi.

Dr. Fauconnier, Liège: O przyrządach usuwających dziąsło.

Prof. Coën-Cagli, Rzym: Konieczność stosowania badania roentgenologicznego w stomatologji.

Dr. Köhler, Kolonja: Kliniczne doświadczenia odnoszące się do trudnego wyrzynania się zębów, oraz pokaz nowego instrumentarjum do usuwania zębów mądrości.

Dr. Köhler, Kolonja: Problem całkowitej dostawki.

Prof. Hesse, Jena: Torbiele i ściana torbielowa.

Doc. Schmidt, Hamburg: Uśpienie tlenkiem azotowym w połączeniu z tlenem.

Prof. dr. Lindemann, Düsseldorf: Krytyczne uwagi odnoszące się do znieczulania przebiegu nerwu trójdzielnego.

Dr. Ledniczer, Budapeszt: Krytyka i nowy sposób podziału ustalenia mostków w kierunku frontalnym (Frontale Brückenverankerung).

Dr. Rozenzweig, Wiedeń: Technika lania oparta na ekspansji.

Dr. Haber, Berlin: Odontoplastyka jako część stomatologji.

Prof. dr. Muzii, Bolonja: Klasyfikacja nieprawidłowości uzębienia szczęk i twarzy z naszego punktu widzenia rozpoznawczego.

Prof. Herbst, Bremen: Nowe punkty widzenia przy ocenie etjologji nieprawidłowości ustawienia się w szeregu zębów.

Prof. Herbst, Bremen: O automatycznej ortognatyce i ortodoncji (z pokazami przeźroczy).

Doc. dr. Tryfus, Heidelberg: O wymaganiach biologicznych stawianych przyrządom ortodontycznym.

Dr. Watry, Bruksela: Koncepcja fizjo-terapeutyczna leczenia nieprawidłowości szczęk i uzębienia.

Prof. Coster, Bruksela: Nowa metoda analizy morfologicznej nieprawidłowości uzębienia i twarzy.

Prof. d'Alise, Neapol: Zapalenie wyrostka robaczkowego powstałe na tle zachorzenia zęba mądrości.

Dr. Ramorino, Florencja: Objawy chorobowe żołądka i wątroby, powstałe z powodu chorób uzębienia.

Prof. Herhst, Bremen: Dyskusja nad terminologją.

Prof. Bruck, Wrocław: Nasi przodkowie dentystyczni.

Prof. Bruhn, Düsseldorf: Zakres działania stomatologa w przyszłości w praktyce i w szpitalu.

Dr. Giovannini, Lucca: Sprawozdanie o dentystyce i medycynie w rozporządzeniach nowoczesnego państwa.

Dr. Croquefer, Paryż: Technika i wskazania do ekstrakcji dolnych zębów mądrości (film naukowy).

Dr. Móczár, Budapeszt: Nowy sposób zamknięcia definitywnego przetok jamy szczękowej pochodzenia zębowego.

Doc. dr. Morelli, Budapeszt: Kliniczno-terapeutyczne wyzyskanie wyników badań odnoszących się do konstytucji dla schorzeń okolicy przyzębnej.

Dr. Landgraf, Budapeszt: Wyniki badań przemiany materji w 100 przypadkach chorób okolicy przyzębnej.

Dr. Vincent, Paryż: Ropotok zębodołowy.

Dr. Fried, Makó: Etjologja i profilaktyka próchnicy.

Dr. Boynhárd, Budapeszt: Skutki uszkodzeń wywołanych klamrami i sposoby zapobiegawcze.

Prof. Melchior, Kopenhaga: Dolegliwości po wyjęciu zębów.

Alfred O w r e, Nowy York: Niektóre fazy wykształcenia dentystycznego w Ameryce.
Prof. T r a u n e r, Graz: Organoterapja w stomatologji.
Dr. G ö l l n e r, Szeged: O rozwoju i zwapnieniu tkanki szkliwnej.
Dr. H a t t y a s s y, Budapeszt: Wpływ różnych substancyj na tkankę miazgową.

**Wykłady na tematy bliżej nie określone zgłosili:** Prof. J a r z ą b, Poznań: Dr. H e r p i n, Paryż; Prof. A r l o t t a, Milano; Prof. Dr. R u b b r e c h t, Gandawa; Dr. O t t o f y ,Oakland; Dr. P f l ü g e r, Hamburg; Dr. W i n k l e r, Frankfurt; Prof. H a u e n s t e i n, Monachjum; Doc. P é t e r, Wiedeń; Dr. S t e i n, Wiedeń; Dr S c h ö n b a u e r, Wiedeń; Prof. F a b i a n, Hamburg; dr. S c h w a r z, Wiedeń; Dr. P o n t, Lyon; Dr. L'H i r o n d e l, Paryż.

**V. Niemiecki Zjazd dentystyczny (Deutscher Zahnärztetag)** odbył się w d. 26—29 marca 1931 r. w**Berlinie.**

Redakcja Polskiej Stomatologji jako i szereg kolegów z Polski otrzymali zaproszenia osobiste na tenże zjazd. Ponieważ jednak nr. 2-gi „Polskiej Stomatologji" wychodzi już po zjeździe, nie mogliśmy podać do wiadomości Szanownych Kolegów szczegółowego programu, który się przedstawiał bardzo okazale. Tematy główne były następujące: I. Ogólna chirurgja, zakażenie ran i ich leczenie: Prof. Axhausen — Berlin. II. Zwalczanie bólu z uwzględnieniem powikłań w następstwie znieczulenia. Prof. Lindemann — Düsseldorf. Pozatem ogłoszono 22 wykłady na wolne etmaty i 10 pokazów Szczegółowe sprawozdanie zostanie umieszczone w jednem z następnych numerów „Polskiej Stomatologji".

Łącznie z niemieckim zjazdem dentystycznym odbyły się również posiedzenia naukowe następujących organizacyj:

1. Międzynarodowego zrzeszenia radjologicznego (Sekcja niem.) 2. Zrzeszenia lekarzy dentystów zajętych w organizacjach społecznych. 3. Kursy uzupełniające prywatne Simona z prakt. ortodoncji, Fehra z keramiki i Weskiego o paradentozach. 4. Kursy uzupełniające lekarzy - dentystów Rzeszy niemieckiej oraz 5. Kursy prywatne z różnych dziedzin dentystyki. Zjazd niemiecki połączony był z przemysłową wystawą dentystyczną.

# Ruch w Towarzystwcah.

## Towarzystwo stomatologów paryskich.

Dechaume i Tardieu: Zanik m. żwacza przy poliomyelitis.

Bloch: Sposób leczenia kurczu twarzowego dzieci.

Rousseau, Decelle i Beal: Przypadek wrzodu kiłowego dziąsła po stronie podniebiennej.

Rousseau, Decelle: Przypadek zesztywnienia stawu żuchwowego.

Deroisar: Progenia u dziecka 12 letniego. Wyprostowanie tejże nieprawidłowości w ciągu 2 miesięcy aparatem ekstrabukalnym.

**Komunikaty.** Bernard: Jonoforeza w dentystyce.

Hérpin: Kilka uwag odnoszących się do morfogenezy uzębienia.

**Sekcja Stomatologiczna Związku Lekarzy Kasy Chorych m. Lwowa,** licząca obecnie 20 członków przeprowadziła w ostatnim czasie w porozumieniu z Naczelnym Lekarzem i Komisarzem Kasy Chorych decentralizację zębolecznictwa odpowiednio do decentralizacji całego lecznictwa kasowego na terenie Wielkiego Lwowa. Prócz wprowadzenia zmian upraszczających administrację, zastępstw i t. p. podzielono zakres pomocy dentystycznej w Kasie Chorych na trzy równorzędne dzielnicowe ambulatorja. I tak istnieje obecnie: ambulatorjum dzielnicowe Nr. I. przy ul. Królowej Jadwigi 4, gdzie pracuje 5 lekarzy 14 godzin dziennie, ambulatorjum dzielnicowe Nr. II. przy ul. Tatarskiej 10, gdzie pracuje 6 lekarzy 16 godzin dziennie i ambulatorjum dzielnicowe Nr. III. przy ul. Fredry 2, gdzie pracuje 9 lekarzy 26 godzin dziennie. W ambulatorjum stomatologicznem Nr. III. znajduje się ponadto oddział protetyczny.

**Sekcja Stomatologiczna** wykazuje również wielką żywotność na polu naukowem i zawodowem. Obok ciekawych pokazów odbywają się posiedzenia referatowe z czasopism i praktyczne zalecenia z zakresu codziennej praktyki. Na Walnem Zgromadzeniu w dniu 22 stycznia 1931 wybrano następujący Wydział Sekcji: Dr. Brill, przewodniczący, pułk. Dr. Miłkowski zast. przew. Dr. Bardach, sekretarz, Dr. Atlas i lek. dent. Majewska członkowie wydziału.

KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński. przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorczyński — Z Klin. Stom. U. J. K.: Dr. A. Bardaszówna i Dr. Jankowski — Członkowie korespondenci: Dr. med. dent. Józef Jarząb, zast. prof. (Poznań), Dr. Lippel (Wiedeń), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Dr. Władysława Skutecka (Poznań), Dr. Marjan Zeńczak, zast. prof. (Warszawa).

WYDAWCA: **Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.**

# SYNTREX




## Plomba „Syntrex" rozpowszechniona jest na całym świecie dzięki swym niezwykłym zaletom

1 Wytrzymałość na ciśnienie podczas żucia.

2 Odporność na zużycie i ścieranie — równa odporności naturalnej emalji zębowej.

3 Zwartość — drobnoziarnista budowa.

4 Odporność na działanie śliny i lekarstw.

5 Stałość objętości jak u naturalnej zębiny.

6 Przeźroczystość naturalnej emalji, ani większa ani mniejsza.

7 Odcienie, nie ulegające zmianom i doskonale odpowiadające naturalnej barwie zęba.

8 Ścisłe przyleganie do ścianek i krawędzi ubytku.

**Europejskie Towarzystwo Dentystyczne**

# „EDECO"

**WARSZAWA ul. Ś-to Krzyska 28**